

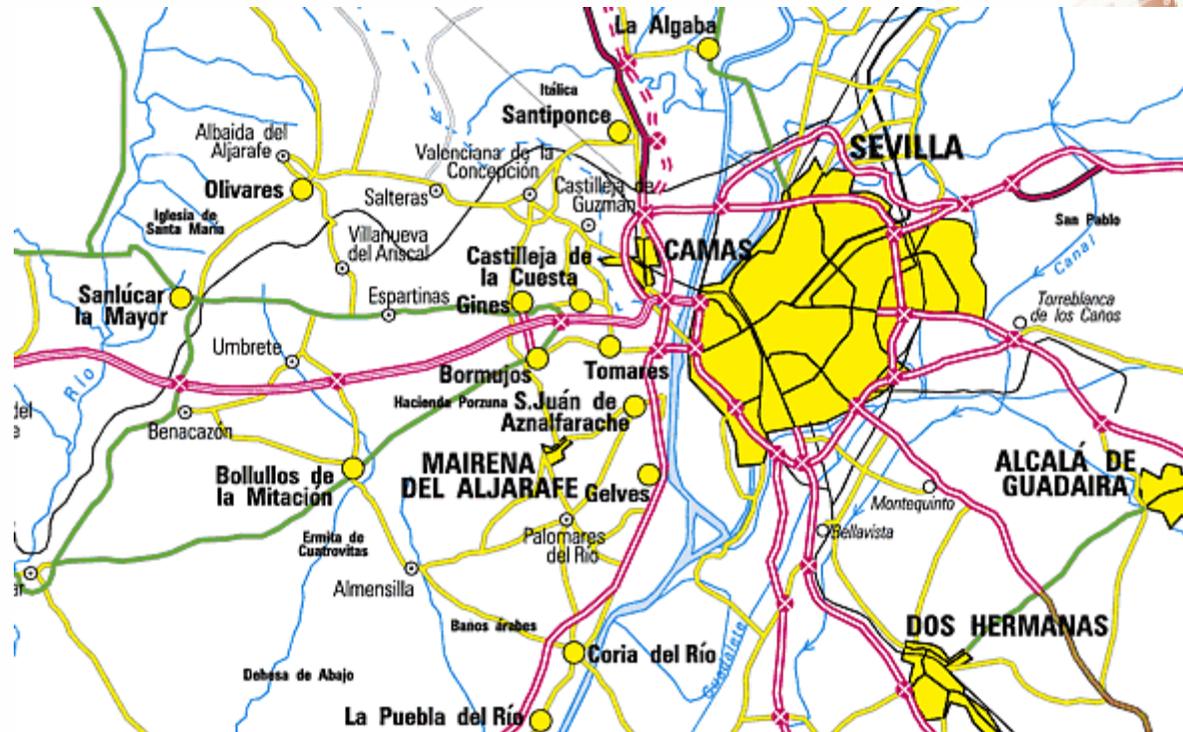
JORNADA CIENTÍFICA
**Seguridad del Paciente
en la asistencia sanitaria**
14 de enero 2010 Hospital de Poniente Almería

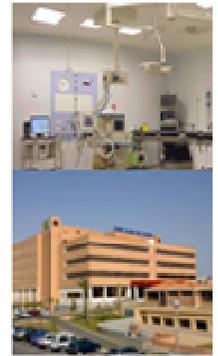
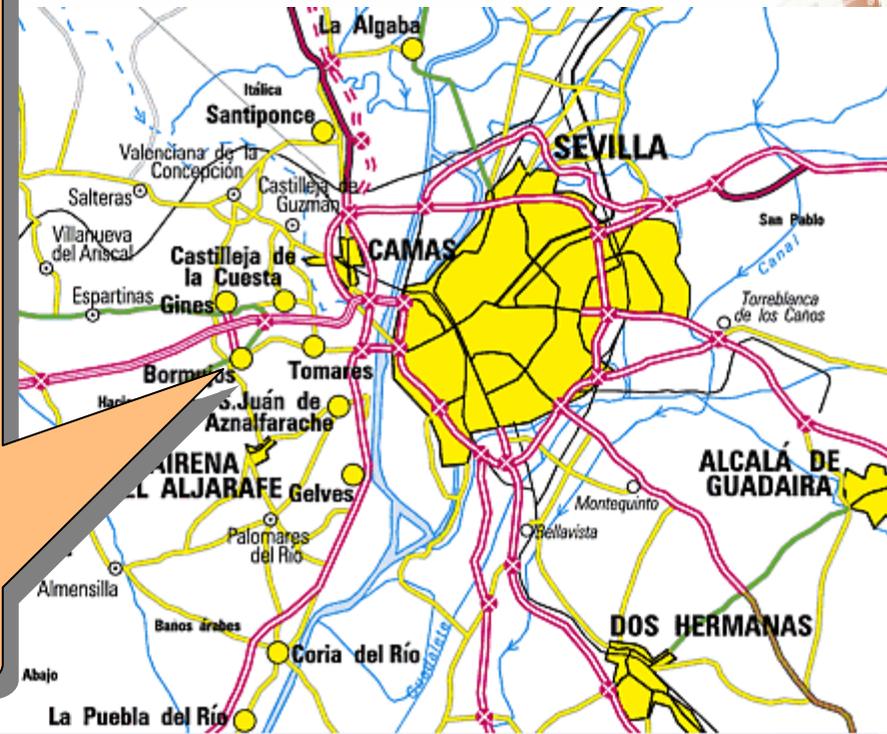


Incorporación de la Seguridad Clínica a una red de Hospitales

Dr. Jaime Bachiller Burgos
Jefe de Servicio de Urología
Responsable Provincial de Seguridad Clínica
Provincia Bética Orden Hospitalaria San Juan de Dios.









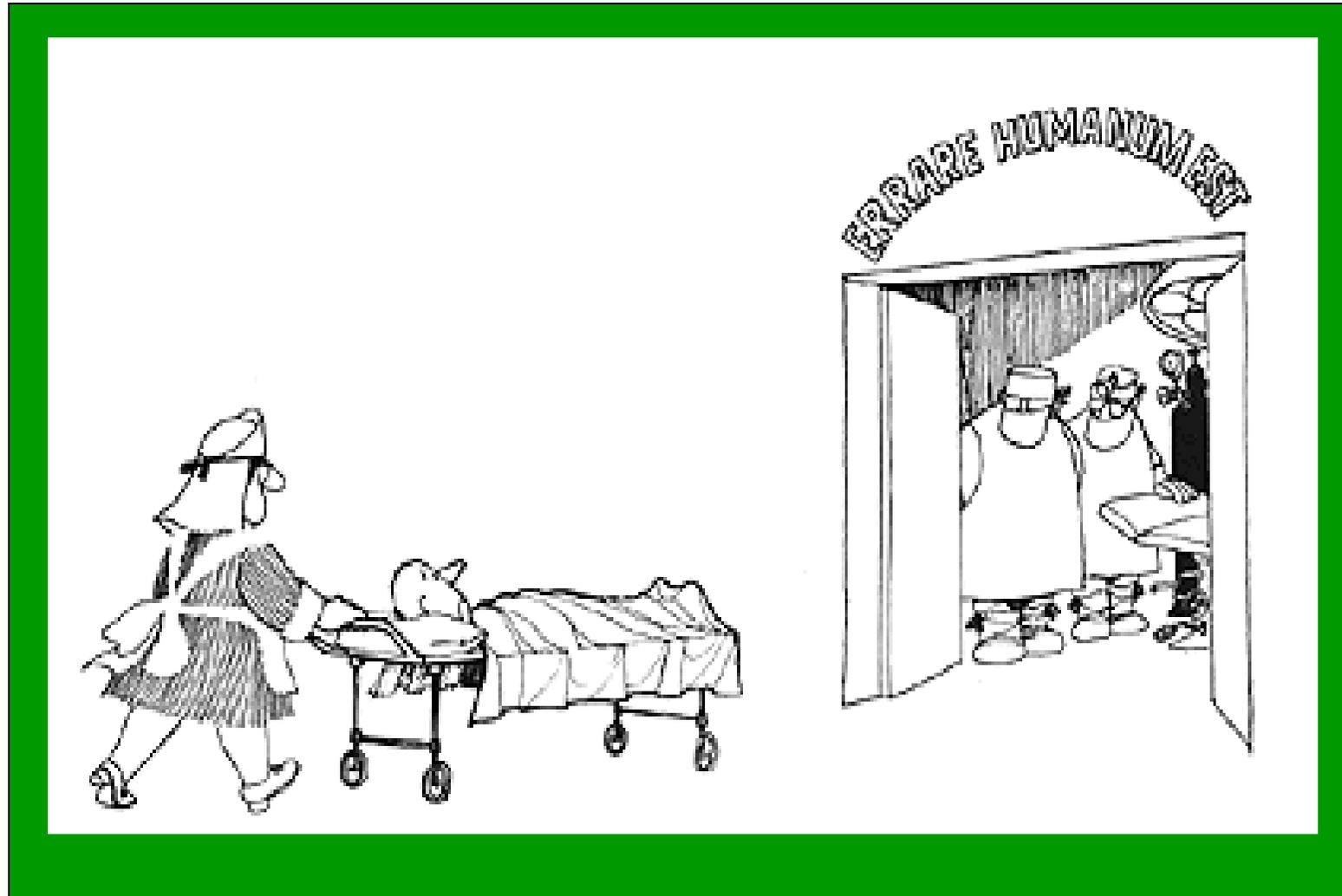
Primera etapa

2006-2007



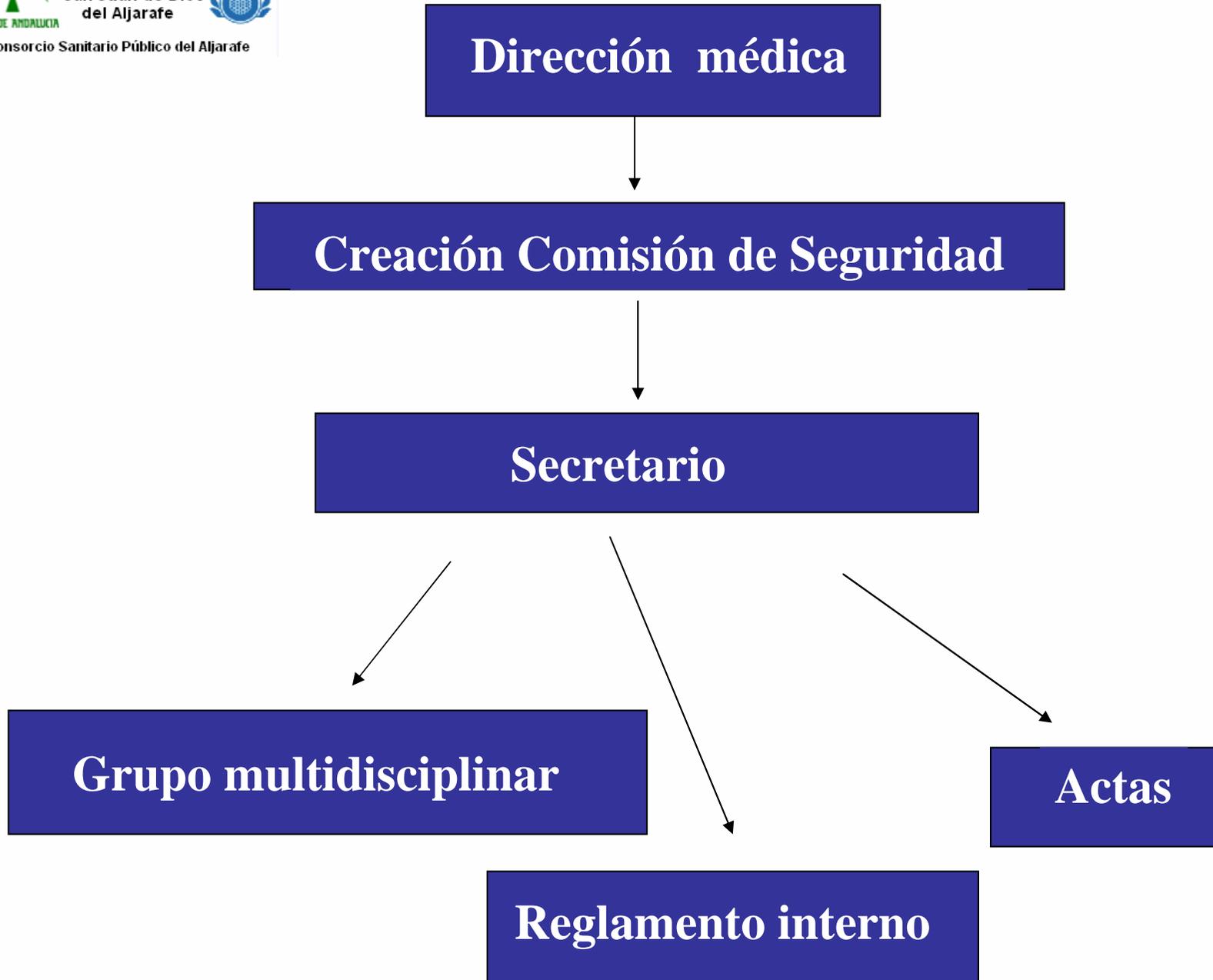


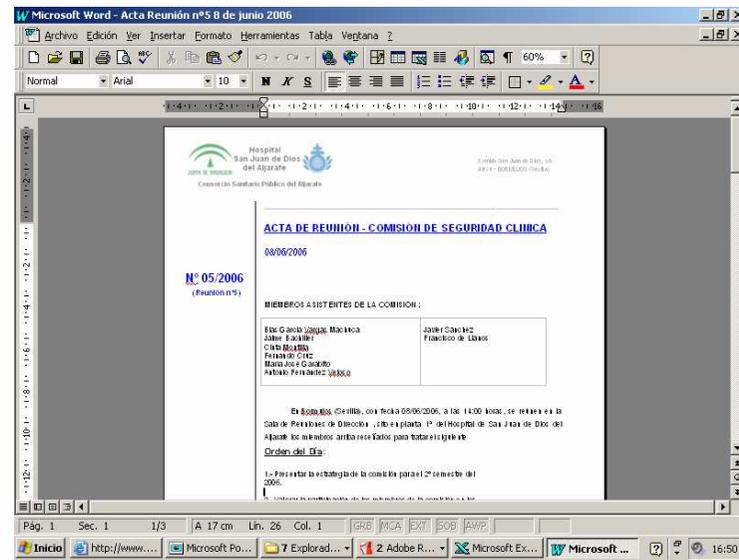
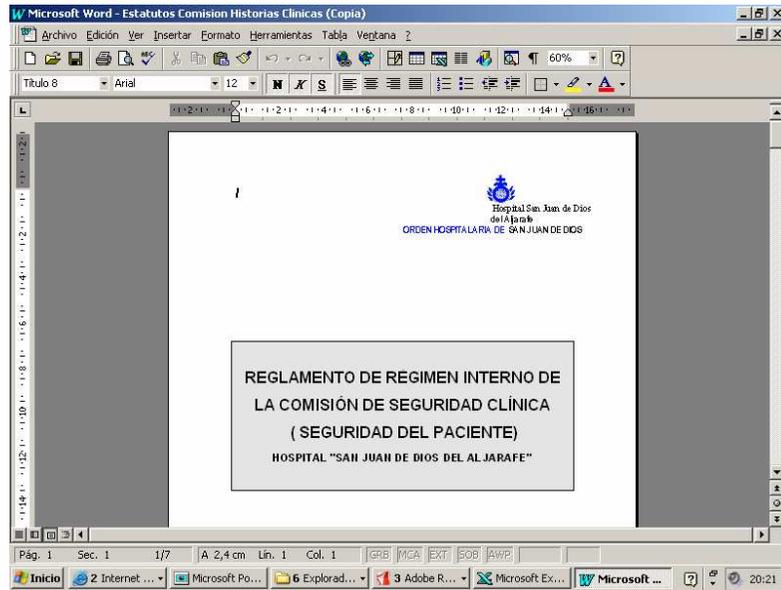
Seguridad del Paciente



*Decir lo que hago
hacer lo que digo
y por supuesto
poder demostrarlo*









Comisión de seguridad

Blas García Vargas -Machuca	Presidente
Jaime Bachiller Burgos	Secretario
Fernando Cruz Villalón	Gestoría de Usuarios
Efren Ramos Calero	Subdirección Enfermería
Cinta Montilla López	Laboratorio
Almudena Arroyo	Enfermería hospitalización
Javier Sánchez Caballo	Medicina del trabajo
Maria Jose Garabito Sánchez	Farmacia
Jose Manuel Infantes Hernandez	Digestivo
Pilar jimenez Delgado	Anestesia
Francisco Alba Mesa	Cirugía
Francisco de Llanos Peña	Etica
Antonio Fernandez Veloso	Informática
Sonia Gallego Lara	UCI



La comisión tras hacer un análisis de situación en la institución decidió plantear su estrategia de implantación con un objetivo principal:

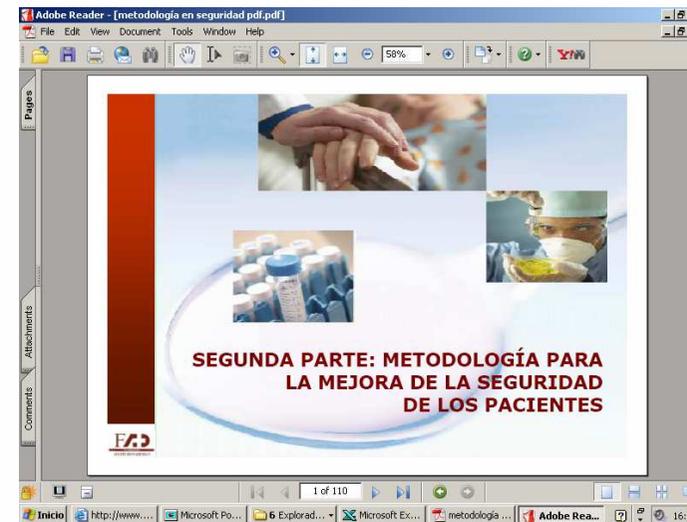
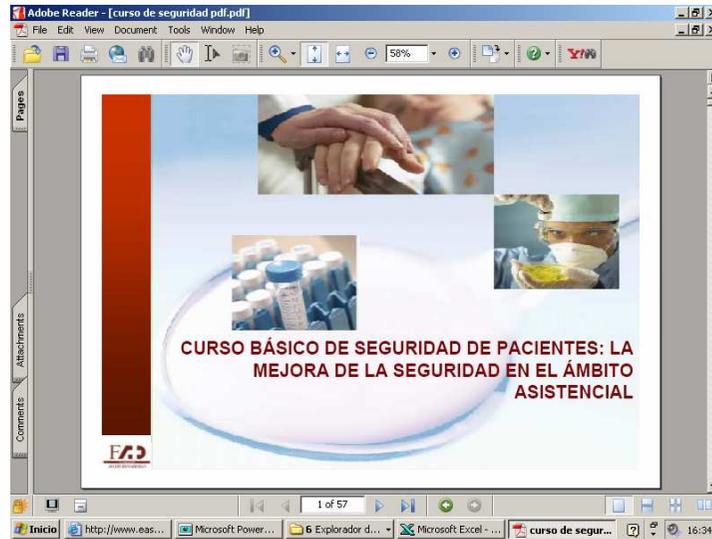
“Crear y potenciar la **CULTURA DE SEGURIDAD** en el centro”.



1: Realizar formación activa de los profesionales del centro en materia de seguridad clínica. (Formación Interna).



1: Realizar formación activa de los profesionales del centro en materia de seguridad clínica. (Formación Interna).

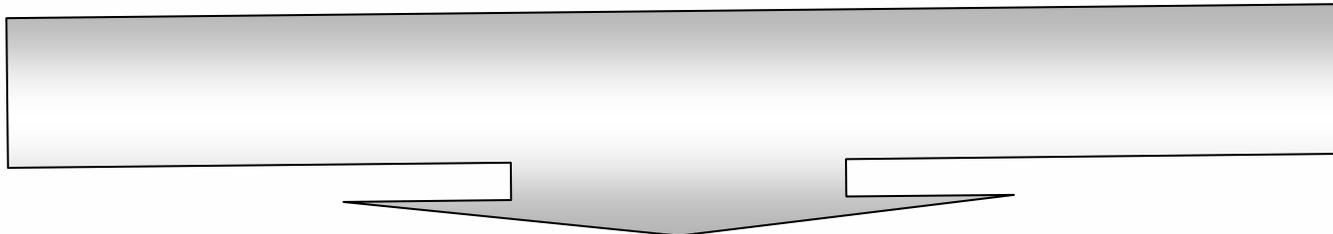
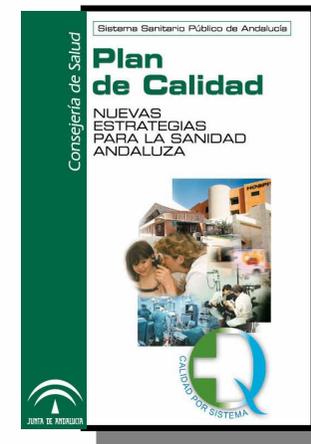






OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

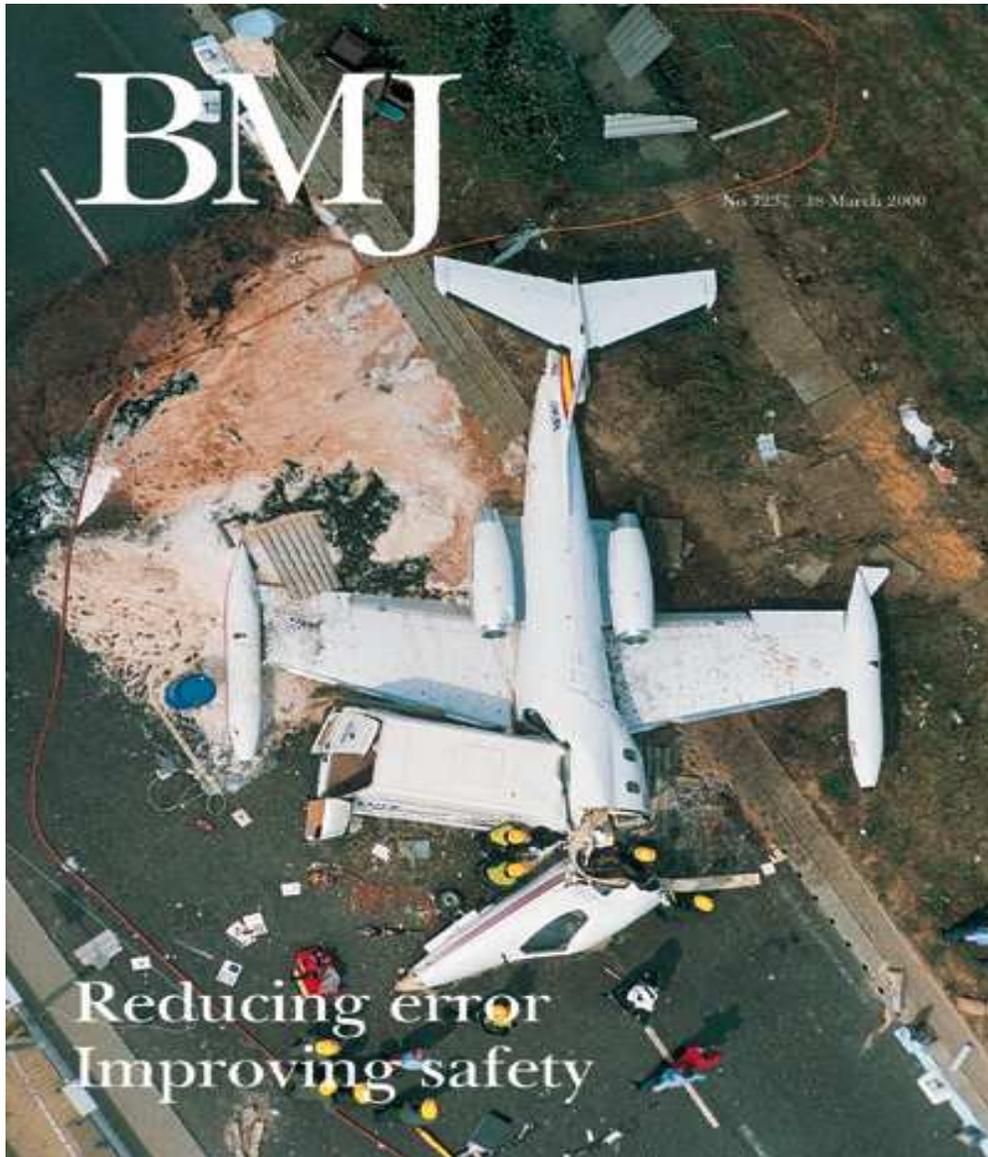
- Eficacia
- Efectividad
- Eficiencia
- Equidad
- Adecuación
- Accesibilidad
- Puntualidad
- Satisfacción
- Respeto
- Seguridad



CALIDAD







Reducir lo errores Mejorar la Seguridad

En este avión, además de los pasajeros, viajaban dos pilotos y dos azafatas.

En los sistemas de salud pasa igual





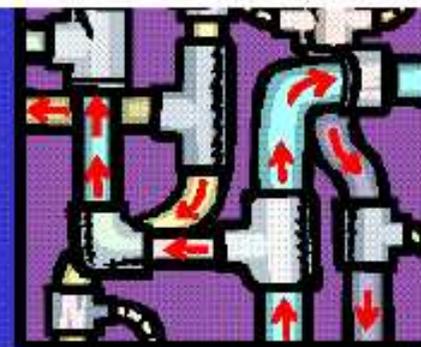




PROBLEMAS DE SEGURIDAD: MODELOS



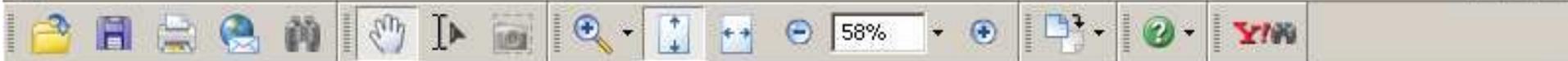
MODELO CENTRADO EN LA PERSONA



MODELO CENTRADO EN EL SISTEMA

Reason, J. (2000) "Human error: models and management", *BMJ*, 320 768-770





Pages

Attachments

Comments

Strong potassium chloride

Lidocaine 1%

Bupivacaine 0.25%

Sodium chloride

Calcium gluconate

Atenolol

F.A.D.



8. TABLA DE TÉRMINOS Y DEFINICIONES PARA CLASIFICAR EA's POR SU IMPACTO

Término antiguo	Término nuevo
Ninguno / insignificante	<p>Sin daño:</p> <ul style="list-style-type: none">- Impacto previsto: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente con potencial para causar daño pero que ha sido previsto y como resultado no produce daño a los pacientes del sistema nacional de salud.- Impacto no previsto: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que ha tenido lugar que no ha producido daño a los pacientes del sistema nacional de salud.
Bajo / menor	Bajo: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que requiere observación o tratamiento menor ² y que causa un mínimo daño, a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Moderado	Moderado: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que resulte en un aumento moderado ³ en el tratamiento y que produce un daño a tener en cuenta, pero no es permanente, a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Severo / mayor	Severo: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que aparentemente resulta en daño permanente ⁴ a uno o más pacientes del sistema nacional de salud.
Muerte / catastrófico	Muerte: Cualquier evento adverso de seguridad del paciente que directamente provoca la muerte ⁵ de uno o más pacientes del sistema nacional de salud.

² Tratamiento menor incluye: primeros auxilios, terapia o medicación adicional. No incluye estancias en el hospital o dedicación especial, o tratamientos continuados a excepción de los ya previstos. Tampoco contempla re-admisión o intervención quirúrgica.

³ Incremento moderado del tratamiento incluye vuelta al quirófano, re-admisión no planeada, incremento de tiempo de cuidados, tiempo extra de hospitalización o como paciente externo, cancelación del tratamiento, transferencia a otra área como la de cuidados intensivos, a consecuencia del incidente.

⁴ Daño permanente directamente relacionado con el incidente pero no relacionado con el curso natural de la enfermedad, o estado general del paciente está definido como pérdida de alguna función corporal, sensorial, motora, psicológica o intelectual, incluida la extirpación del órgano o extremidad afectados, o daño cerebral.

⁵ La muerte ha de estar directamente relacionada con el incidente y no con la enfermedad o estado general del paciente.





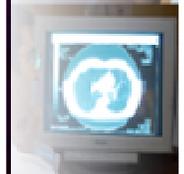
9. TABLA DE NIVEL DE INVESTIGACIÓN PARA DIFERENTES GRADOS DE EVENTOS ADVERSOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Grado	Nivel de investigación
Sin daño - Impacto previsto - Impacto no previsto	Las organizaciones locales deben elegir 10 de estos eventos adversos para aprender a identificar las lecciones aprendidas . Esto es útil para aprender a tomar medidas preventivas. También pueden ser usados para la formación del personal en ACR.
Bajo	En un nivel de investigación bajo es necesario tomar datos de situación demográfica, tipo de evento adverso, personal implicado, descripción de los hechos tal y como ocurrieron, detalles de factores contributivos, acciones tomadas para minimizar el evento adverso y medidas llevadas a cabo tras el evento. Estos datos quedan registrados en el sistema local de gestión de datos y forman parte de los datos del NRLS. Si con los datos se pueden identificar aspectos y patrones recurrentes, la organización puede querer abordar un ACR específico, agrupando un cierto número de eventos adversos. Los pacientes deben ser informados por un miembro del equipo que les trataba.
Moderado	Las organizaciones deben valorar su capacidad para investigar y emprender una investigación de común acuerdo. Si con los datos se pueden identificar aspectos y patrones recurrentes, la organización puede querer abordar un ACR específico, agrupando un cierto número de eventos adversos. Pacientes y cuidadores deben ser informados e involucrados en la investigación. (descrito en el paso 5).
Severo	Se debe iniciar un completo ACR. Pacientes y cuidadores deben ser informados e involucrados en la investigación. Las organizaciones deben implementar su "políticas de ente abierto"
Muerte	Se debe iniciar un completo ACR. Pacientes y cuidadores deben ser informados e involucrados en la investigación. Las organizaciones deben implementar su "políticas de organización abierta"





Teoría de Iceberg





Gafas de ver en seguridad clínica





“Nosotros cometemos errores”





(Davis, Lay-Yee, Briant, Schug, et al 2002)	6.579 altas de 13 hospitales públicos de Nueva Zelanda en 1998	12,9% eventos adversos globales
Estudio Piloto 2 Hospitales ingleses (Vincent, Neale & Woloshynowych 2001)	1.014 registros médicos y de enfermería	11,7% eventos adversos globales (48% catalogados como prevenibles y el 8% contribuyó a la muerte)
Fenn, Gray, Rickman, Diacon, et al ,2002)	Encuesta a 8.206 individuos de una muestra aleatoria de la población	1,6% de la población /año manifestó eventos adversos (enfermedad, daño o empeoramiento)

Quality in Australian Health Care Study (Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, et al 1995)	14.655 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South en Australia	16,6% eventos adversos globales (49% de eventos adversos atribuibles a negligencia y el 4,1% de errores condujo a la muerte)
---	---	--

Medical Association, 1977 (Mills, 1977)	815 procedimientos quirúrgicos sucesivos en un hospital durante el periodo de 1977-1990	6,3% de complicaciones (49% de eventos adversos atribuibles a negligencia y el 4,1% de errores condujo a la muerte)
---	---	---

Utah & Colorado study (Thomas, Studdert, Burstin, Orav, Brennan, et al, 2000a)	15.000 altas de 28 hospitales de Utah y Colorado	5% eventos adversos globales (32,6% atribuibles a negligencia y en el 6,6% se produjo la muerte)
--	--	--

Steel et al 1981(Steel, Gertman, 1981)	Todas las altas en 247 hospitales de agudos de Victoria, Australia en 1994-95	1,6% eventos adversos contribuyeron a la muerte
--	---	---

(McGuire et al. 1992)	44.603 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South de Australia, clasificados de acuerdo a los métodos de Utah/Colorado	10,6% eventos adversos globales
-----------------------	---	---------------------------------

Harara & Carson ,1997)

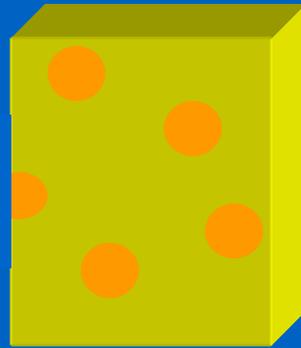
1 : Realizar formación activa de los profesionales del centro en materia de seguridad clínica. (Formación Interna).

.- Se decide que el primer paso de la comisión es difundir la cultura de seguridad clínica entre los profesionales del centro mediante charlas básicas sobre Seguridad

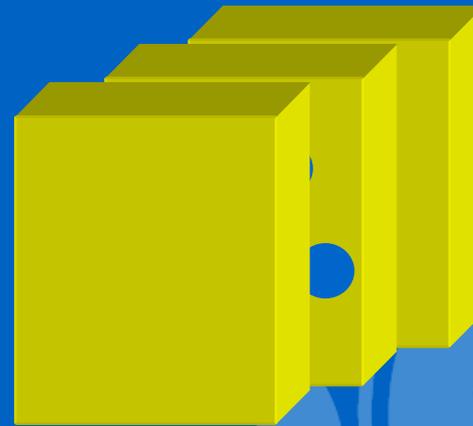


1: Realizar formación activa de los profesionales del centro en materia de seguridad clínica. (Formación Interna).

Todos somos responsables de todo ante todos.



Detectando y
solucionando déficits



Ayudando a crear
barreras



2: Determinar mapas de riesgos y eventos centinelas.

Mapa 1: Identificación del paciente quirúrgico

Identificación correcta de muestras

Uso seguro del medicamento

Hemovigilancia

Dolor postoperatorio

Mapa 2: Infecciones nosocomiales

Stock de material

Urgencias neonatales

Eventos centinelas: abordaje de forma reactiva hasta su definición por los servicios



3: Adecuar un modelo de **organización / estructura de seguridad clínica** (sólida y activa) dentro del organigrama del centro.



3: Adecuar un modelo de organización / estructura de seguridad clínica (sólida y activa) dentro del organigrama del centro.

Microsoft Excel - Estructura seguridad hospital

Archivo Edición Ver Insertar Formato Herramientas Datos Ventana ?

Arial 10

E34 = Responsable GM + a + b + c + d + e + f: Grupo trabajo x área de mejora

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
4															
5		Área Médica			Area de mejora 1			Area de mejora 2							
6														Responsables Área	
7															
8		Hospitalización			a									RH	
9															
10		Quirófano			b									RQ	
11															
12		Urgencias / Observación			c									RUJO	
13															
14		Cuidados críticos			d									RCC	
15															
16		Radiología / Laboratorio			e									RRL	
17															
18		Consultas ext. / Rehabilitación			f									RCR	
19															
20		Farmacia													
21															
22		Responsables GM													
23					RGM1			RGM2							
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															

Hoja1 / Hoja2 / Hoja3

Listo NUM

Inicio Intranet del ... Microsoft Po... 10 Explora... 2 Adobe R... Microsoft E... Microsoft W... 19:03





Microsoft Excel - composición de grupos de trabajo

Archivo Edición Ver Insertar Formato Herramientas Datos Ventana ?

Arial 10 N X S

E55

Grupos	Hemovigilancia	Identificación de paciente quirurgico	Identificación de muestras	Dolor postoperatorio	Uso seguro Medicamento
Responsables	Jose Falantes (hematología)	Fernado cruz (Gestoría usuario) Efrén (subd. Enfermería)	Cinta (laboratorio) Manolo Fernandez (lab)	Maria Jose (anestesia) Enrique fernandez (anestesia)	Maria jose Garabito (farmacia) Susana Corral (farmacia)
Componentes	Carmen martinez parras (UCI-URG)	Mª Jose orellana	Gemma gonzalez navarrete (lab) Aurora ramos gonzalez serna (lab)	Sonia (UCI)	Fco. Javier Vargas (hospitalización)
	Dolores martinez laserna (uci-URG)	Mª jose perez	Manolo sanchez (lab)	Juanma (URPA)	Javier Fernandez Rivera (hosp)
	Mª del Mar alvarez (interna) DUE hospitalización (pte M anestesi)	Isabel Muñoz escribano	Jose manuel Infantes	Jose Antonio (URPA)	Conso Rodriguez Matute (hosp)
	DUE URPA (pte C. Isorna) Anestesiata	Alicia pazos	UCI-urg (pendiente de maleni) UCI-urg (pendiente de maleni)	Maleni medico quirurgico (medico quirurgico	Almudena Arroyo (Hosp)
	Eva Pacheco (banco de sangre) DUE hospitalización ?	medico quirurgico Enfermero quirofano ?	Inmaculada Lancharro (Duc Dlab)	Hospitalización (pte M torres) Vanessa cortes (Quirofano)	Carmen Isorna / Monte Antunez (enf. quirofano) Antª Amaya Cortijo (hosp / GUI)
				Quirofano (pte carmen isorna) Enfermería (UCI-URG)	Manuel Muñoz Traumatologo (hosp / GUI) Fernando Diaz Med familia (pendiente confirm URG) Abel (URG pendiente de Maleni)
	Jose Falantes (hematología) Eva Pacheco (banco de sangre) Anestesiata	Fernado cruz (Gestoría usuario) Efrén (subd. Enfermería) Alicia pazos	Macarena veiga paz (Carlos escudero severin (lab) Jose Antonio Pardo (consultas)	Farmacia (Mª Jose y Susana) rocio de ginez (hospitalización) Almudena reyes (Mercedes Usabal /Jose Mª Sarmiento(enf UC Intensivista pendiente confirmar (UCI) Vanesa (Enf CEX) Antonio Fernandez Veloso (informatica)
	Mª del Mar alvarez (interna) DUE Hosp. Dolores martinez laserna (uci-URG) Medico Uci	M.J.de Justos Enf Hos Enf Qui Enf Urq			
			Cinta (laboratorio) Manolo sanchez (lab) Aurora ramos gonzalez serna (lab) Enf Hos Vanessa cortes (Quirofano) Enf Uci_urg	Maria Jose (anestesia) Sonia (UCI) Pilar Jimenez (Anr) Almudena Arroyo (Hosp) javier Fdez Riv Enf Q Trauma Enf. Urq	Susana Corral (farmacia) Enf H Conso Rodriguez Matute (hosp) Medico Urq Uci

Hoja1 / Hoja2 / Hoja3 /

Listo NUM

Inicio 2 Internet Expl... Microsoft Power... 10 Explorador ... 2 Adobe Reade... Microsoft Excel... 20:15

3: Adecuar un modelo de organización / estructura de seguridad clínica (sólida y activa) dentro del organigrama del centro.

Microsoft Excel - Planificación

Archivo Edición Ver Insertar Formato Herramientas Datos Ventana ?

Arial 10

H35

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1												
2												
3												
4			AREAS					Responsables				
5			Área Médica	Área Enfermería								
6												
7												
8												
9			Hospitalización	Hospitalización								
10												
11												
12			Quirófano	Quirófano								
13												
14												
15			Urgencias / Observación	Servicios críticos y urgencias								
16												
17												
18			Cuidados críticos									
19												
20												
21			Radiología / Laboratorio	Rad / Lab / Consultas / Rehab								
22												
23												
24			Consultas ext. / Rehabilitación									
25												
26												
27			Farmacia	Farmacia								
28												
29												

Comisión Areas Planigrama jornadas Formación

Listo NUM

Inicio Intranet del ... Microsoft Po... 10 Explora... 2 Adobe R... Microsoft W... Microsoft E... 19:09





AREAS		
Hospitalización	Antonio Fernandez Moyano	Confirmado
	Efren	Confirmado
	Fco Javier Vargas Montes	Confirmado
Quirófano	Pilar jimenez	Confirmado
	Carmen isorna	Confirmado
	Paco Alba	Confirmado
Urgencias / Observación	Jose luis Garcia Garmendia	Confirmado
Cuidados críticos	Maleni	Confirmado
Radiología / Laboratorio	Cinta Montilla	Confirmado
	Javier Ramos	Confirmado
Consultas ext/Rehabilitación	Juan Prieto	Confirmado
	Vanesa trigeros	Confirmado
Farmacia	Maria jose Garabito	Confirmado
Informática	Antonio Fernandez Veloso	Confirmado
Unidad de gestión quirúrgica	Fernando Cruz	Confirmado





AREAS		
Hospitalización	Antonio Fernandez Moyano	Confirmado
	Efren	Confirmado
	Fco Javier Vargas Montes	Confirmado
Quirófano	Pilar jimenez	Confirmado
	Carmen isorna	Confirmado
	Paco Alba	Confirmado
Urgencias / Observación	Jose luis Garcia Garmendia	Confirmado
Cuidados críticos	Maleni	Confirmado
Radiología / Laboratorio	Cinta Montilla	Confirmado
	Javier Ramos	Confirmado
Consultas ext/Rehabilitación	Juan Prieto	Confirmado
	Vanesa trigeros	Confirmado
Farmacia	Maria jose Garabito	Confirmado
Informática	Antonio Fernandez Veloso	Confirmado
Unidad de gestión quirúrgica	Fernando Cruz	Confirmado

Referentes de seguridad clínica			
	Medicos		C
Traumatología	Carlos Molano Bernardino	Confirmado	
Ginecología	Maria Jesus de Bustos	Confirmado	
Cirugia	Paco Alba Mesa	Confirmado	
Urologia	Salvador Salazar Otero	Confirmado	
Otorrino	Jaime Ruiz	Confirmado	
Oftalmología	Francisco Javier Hernandez Martinez	Confirmado	
Medicina	Maria Alvarez Alcina	Confirmado	
	Nacho Vallejo	Confirmado	
	Javier Fernandez Rivera	Confirmado	
Digestivo	Francisco Jose Garcia Fernandez	Confirmado	
	Jose Manuel Infantes	Confirmado	
Neumología	Beatriz Romero Romero	Confirmado	
	Conso Rodriguez Matute	Confirmado	
Cardiología	Mariano Ruiz Borrel	Confirmado	
Radiología	Javier Ramos	Confirmado	
Laboratorio	Cinta Montilla	Confirmado	
	Irene Jara	Confirmado	
Farmacia	Susana corral	Confirmado	
Informatica	Raquel martin	Confirmado	
Pediatría	Inma Nieto	Confirmado	
UCI	Sonia gallego	Confirmado	
Urgencias	Manuel Perez Galisteo	Confirmado	
Gestoria usuario	Juan Fajardo	Confirmado	
Mantenimiento	Eduardo Fernandez Toscano	Confirmado	
Consultas	Cesar Palmero	Confirmado	
Rehabilitación	Juan Prieto	Confirmado	
Anestesia	Alicia aleman	Confirmado	
Almacen	Juan Fortuny	Confirmado	
Documentación clínica	Antonio Moro	Confirmado	
Electromedicina	Eva Almagro	Confirmado	
Limpieza	Mª Luz Cortes	Confirmado	
Calidad	Victoria Ruiz	Confirmado	
Medicina del Trabajo	Javier Sanchez Caballo	Confirmado	





AREAS		
Hospitalización	Antonio Fernandez Moyano	Confirmado
	Efren	Confirmado
	Fco Javier Vargas Montes	Confirmado
Quirófano	Pilar jimenez	Confirmado
	Carmen isorna	Confirmado
	Paco Alba	Confirmado
Urgencias / Observación Cuidados críticos	Jose luis Garcia Garmendia	Confirmado
	Maleni	Confirmado
Radiología / Laboratorio	Cinta Montilla	Confirmado
	Javier Ramos	Confirmado
Consultas ext/Rehabilitación	Juan Prieto	Confirmado
	Vanesa trigeros	Confirmado
Farmacia	Maria jose Garabito	Confirmado
Informática	Antonio Fernandez Veloso	Confirmado
Unidad de gestión quirúrgica	Fernando Cruz	Confirmado

Referentes de seguridad clinica		
	Enfermería	C
Hospitalización 1ª Par	Inmaculada Turanza Perez	Confirmado
Hospitalización 1ª Impar		
Hospitalización 2ª Par	Maripaz Borrero Esteban	Confirmado
Hospitalización 2ª Impar	Maria Jose Perez Ruiz	Confirmado
Hospitalización 3ª Par	Concepcion Hurtado Pedrosa	Confirmado
Hospitalización 3ª Impar		
Hospitalización 4ª Par	Fco Javier Vargas Montes	Confirmado
Hospitalización 4ª Impar		
UCI	Abel Ortega Cotano	Confirmado
Urgencias	Pilar Rodriguez Lara	Confirmado
Hospital de Día	Maria Jose Orellana Perea	Confirmado
Consultas externas	Vanesa Trigueros Ayala	Confirmado
Quirofono	Maria Maestro	Confirmado
Laboratorio	Jesus Palma Mora	Confirmado
Radiologia	Beatriz Rueda Camino	Confirmado
Rehabilitación	Mariano Barrera	Confirmado
Urpa	Yolanda Cira Rojo	Confirmado

Referentes de seguridad clinica		
	Medicos	C
Traumatologia	Carlos Molano Bernardino	Confirmado
Ginecologia	Maria Jesus de Bustos	Confirmado
Cirugia	Paco Alba Mesa	Confirmado
Urologia	Salvador Salazar Otero	Confirmado
Otorrino	Jaime Ruiz	Confirmado
Oftalmologia	Francisco Javier Hernandez Martinez	Confirmado
Medicina	Maria Alvarez Alcina	Confirmado
	Nacho Vallejo	Confirmado
	Javier Fernandez Rivera	Confirmado
Digestivo	Francisco Jose Garcia Fernandez	Confirmado
Neumologia	Jose Manuel Infantes	Confirmado
	Beatriz Romero Romero	Confirmado
	Conso Rodriguez Matute	Confirmado
Cardiologia	Mariano Ruiz Borrel	Confirmado
Radiologia	Javier Ramos	Confirmado
Laboratorio	Cinta Montilla	Confirmado
	Irene Jara	Confirmado
Farmacia	Susana corral	Confirmado
Informatica	Raquel martin	Confirmado
Pediatría	Inma Nieto	Confirmado
UCI	Sonia gallego	Confirmado
Urgencias	Manuel Perez Galisteo	Confirmado
Gestoria usuario	Juan Fajardo	Confirmado
Mantenimiento	Eduardo Fernandez Toscano	Confirmado
Consultas	Cesar Palmero	Confirmado
Rehabilitación	Juan Prieto	Confirmado
Anestesia	Alicia aleman	Confirmado
Almacen	Juan Fortuny	Confirmado
Documentación clínica	Antonio Moro	Confirmado
Electromedicina	Eva Almagro	Confirmado
Limpieza	Mª Luz Cortes	Confirmado
Calidad	Victoria Ruiz	Confirmado
Medicina del Trabajo	Javier Sanchez Caballo	Confirmado



4: Pilotar sistemas de notificación de incidentes.



4: Pilotar sistemas de **notificación de incidentes**.

Sistemas de registros

Datos

Estadísticas

Indicadores

Mediciones

Notificación de incidentes

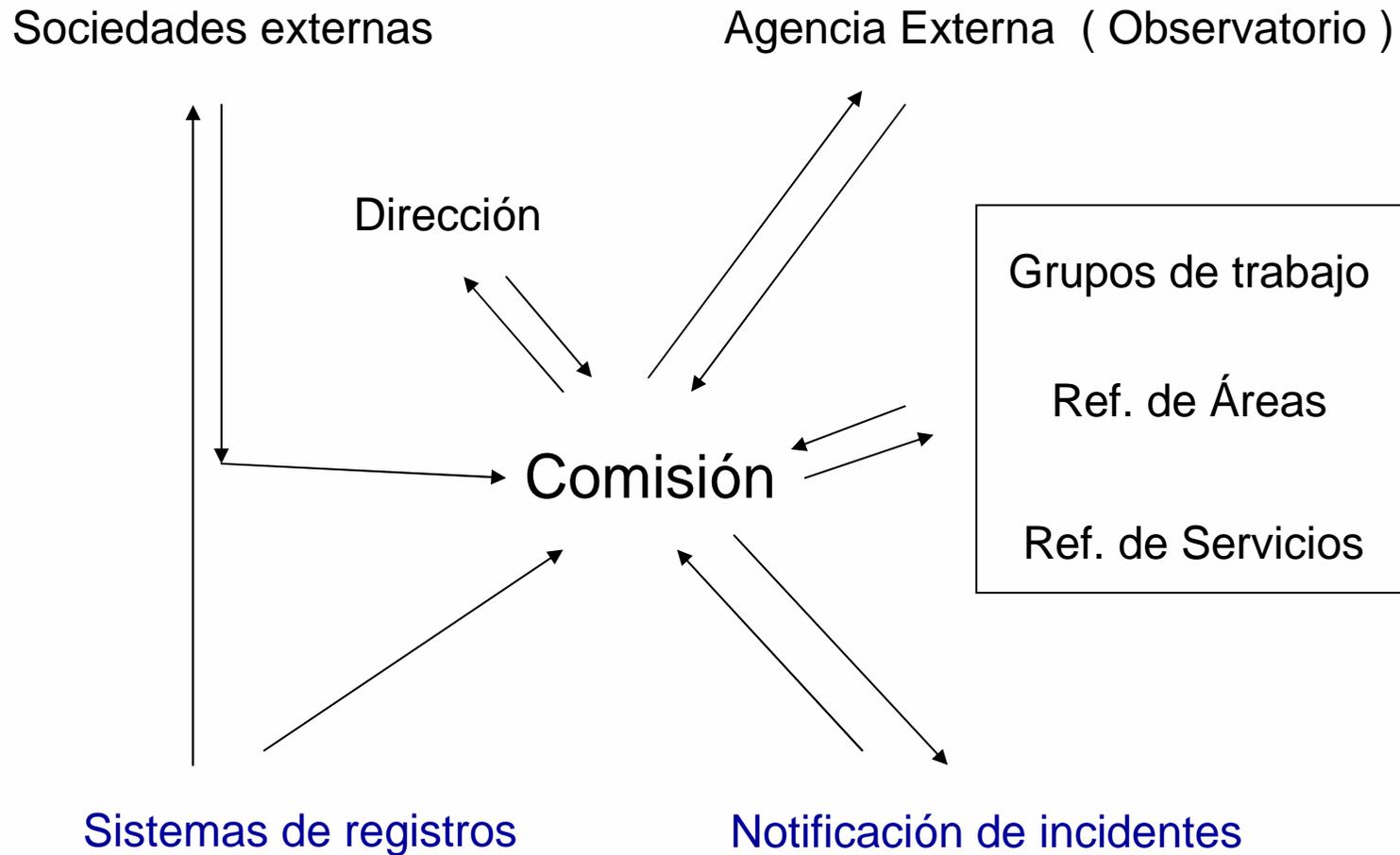
Hechos

Ponerlos en conocimiento para que se analicen y se tomen medidas para evitar que se repitan



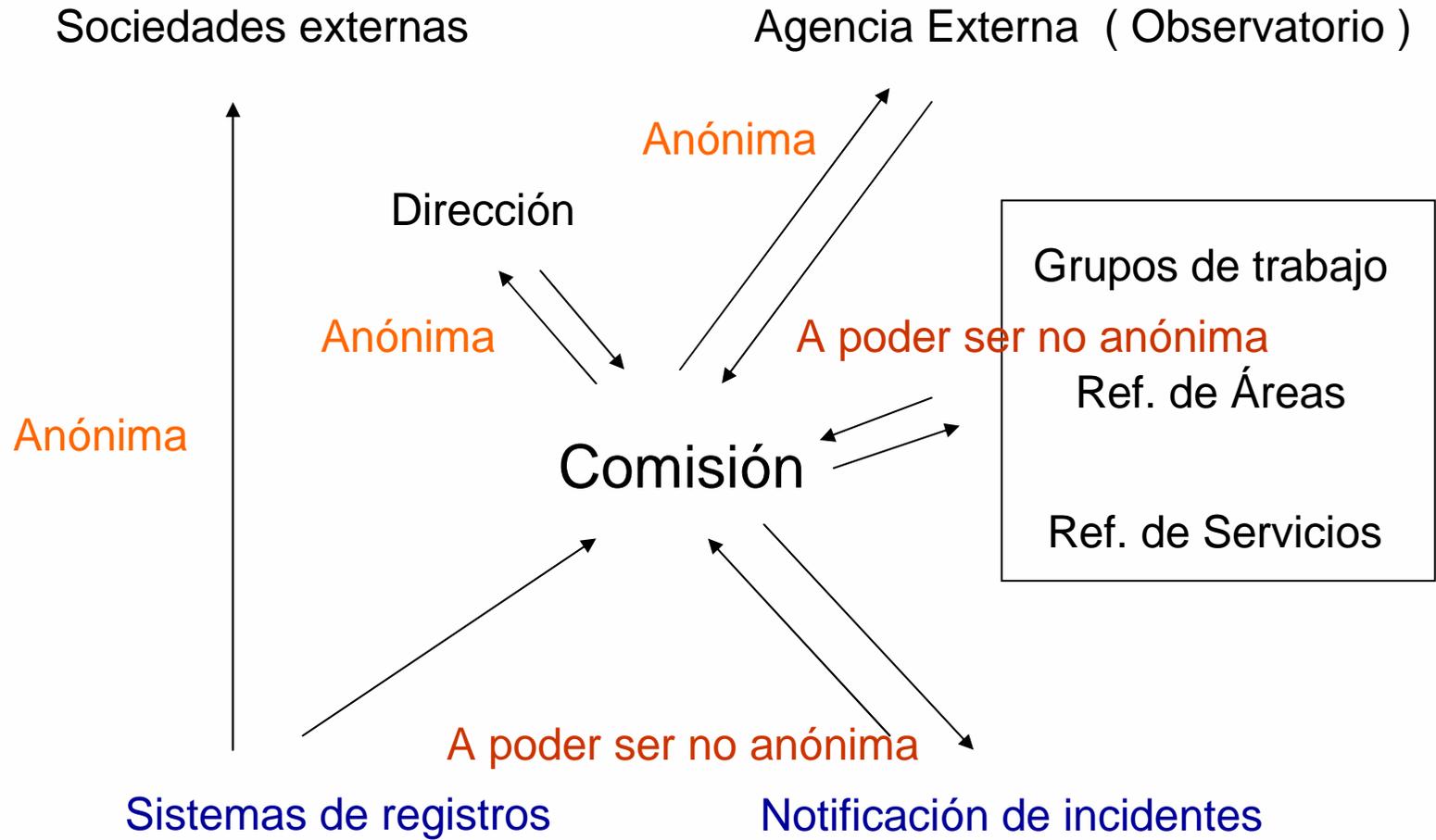
4: Pilotar sistemas de notificación de incidentes.

Retroalimentación



4: Pilotar sistemas de **notificación de incidentes**.

Confidencialidad





Casos centinelas:



.- Decidimos en un primer momento utilizar situaciones banales que no hubieran conllevado un riesgo importante para el paciente.

(Caso bicarbonato)





Hola! Lo que ha pasado hoy en mi servicio es que una compañera se ha equivocado y en lugar de administrar Bicarbonato 1/6M ha administrado Venofusin, que es 1 M, además la paciente tiene solo 16 años, por lo que nos hemos alarmado mas.

Un saludo, nos vemos.



Recomendaciones para la prevención de errores de medicación
ISMP-España Boletín nº 22 (Abril 2006)

Las conclusiones de este estudio de recomendaciones se abocan a partir de las conclusiones emitidas por profesionales sanitarios al Programa Nacional de Reducción de Errores de Medicación que funciona al ISMP-España en colaboración con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Consideramos que la difusión de esta información puede ser de gran utilidad para que los profesionales sanitarios eviten los accidentes que han ocurrido en otros centros y tomen medidas para prevenir que el mismo tipo de accidentes vuelvan a producirse.

1. Errores por etiquetado inapropiado o incompleto

* VIBROSTAT® 0,4% (Bicarbonato sódico)

Problemas de etiquetado de las fajas de la especialidad Vibrostat® 0,4% en el momento de fabricarse el medicamento en su presentación original (Bicarbonato sódico 0,4%) y no se indica la cantidad (Bicarbonato sódico 2M), que en la forma habitual de presentarse este producto se le atribuye al ISMP-España un problema que se produce al administrar por error esta especialidad en lugar de Bicarbonato sódico 1/9 M 500 ml que se había prescrito a un paciente. La referencia de la cantidad total del stock de Vibrostat® 0,4%, presentando por equivocación que se refiere al Bicarbonato sódico 1/9 M, y la administración al paciente a dosis de 250 ml de Vibrostat.



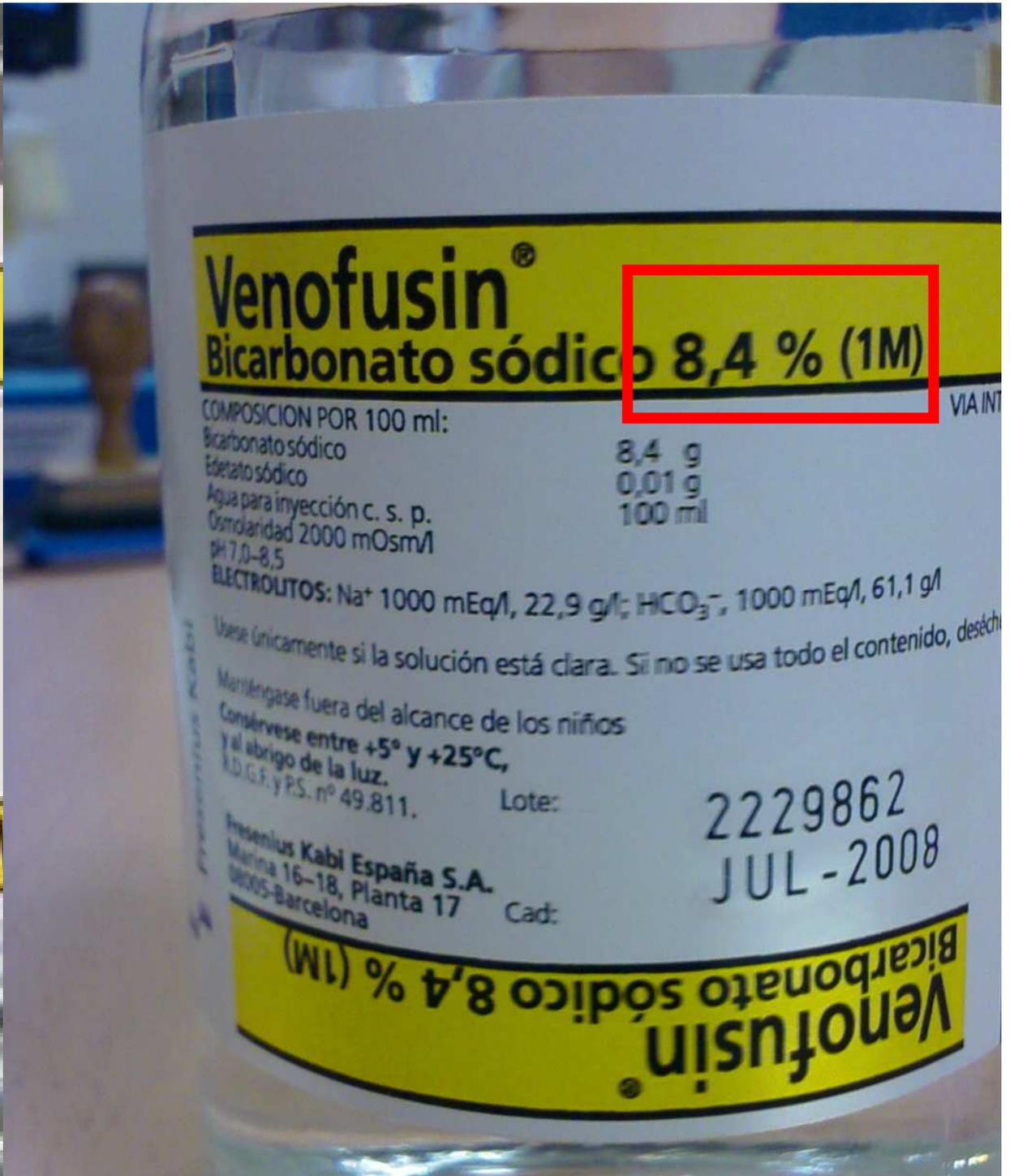
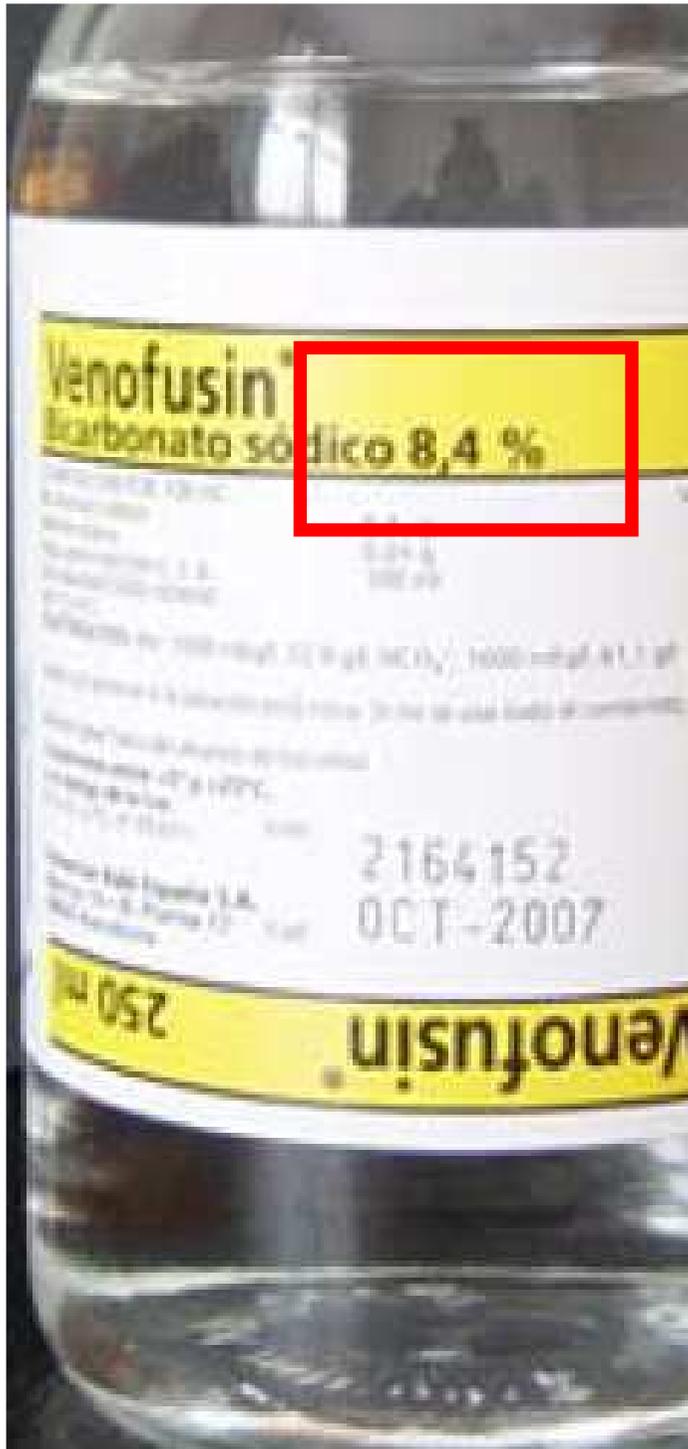
Recomendaciones: Se recomienda estudiar las presentaciones con el mismo de este producto o realizar etiquetas adicionales que especifiquen que se trata de Bicarbonato sódico 2M, con el fin de disminuir el riesgo de administrar el Bicarbonato 1/9 M. También se recomienda evitar el almacenamiento de esta especialidad en los envases de hospitalización.

2. Errores por etiquetado o envasado similar

* FONTANEST® (Paracetamol) y DOLANTINA® (Paralón)

Problemas de los recibidos en el ISMP-España visto dificultades de errores de almacenamiento y de dispensación que se han producido por la similitud en el envase externo de las especialidades Fontanest® y Dolantina®. El laboratorio Kern Pharma ha aceptado voluntariamente el traslado del nombre de la especialidad Fontanest®, eliminando con ello la principal característica que permitía diferenciar del nombre de Fontanest®, ahora se facilitó contacto con especialidad con otro, reduciendo cuando antes se almacenaban en lugares contiguos, al sistema de especialidades con etiquetado.





5: Determinar **protocolos de actuación** conforme a la naturaleza de los incidentes o eventos adversos



Método Prospectivo (AMFE)

Método Retrospectivo (ACR)

Método Transversal

Fallos latentes

Condiciones de trabajo

Fallos de actividad (actos inseguros)

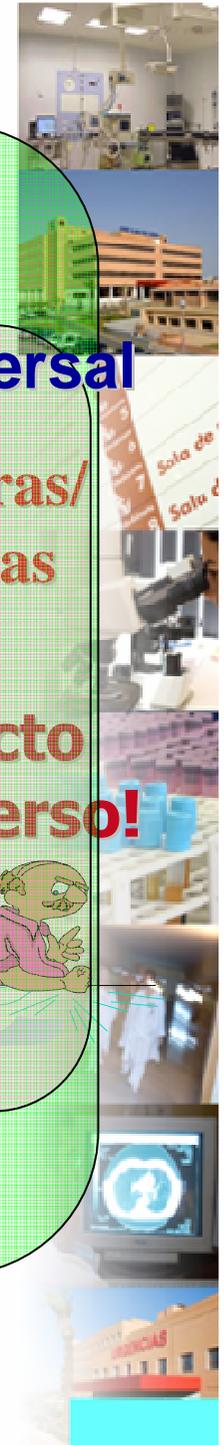
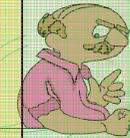
Barreras/defensas

Organización
 Gestión

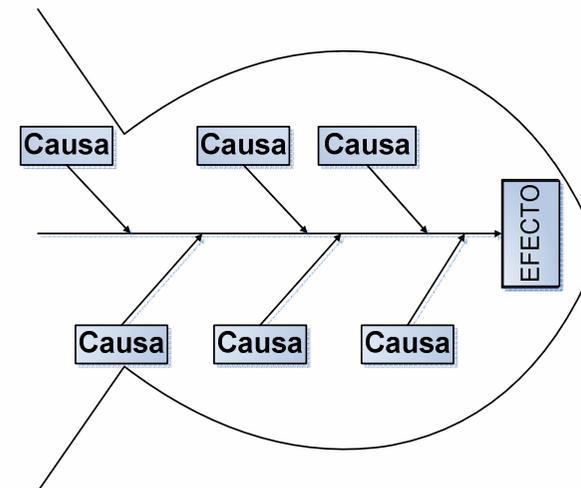
- Sobrecarga de trabajo
- Indefinición de tareas
- Formación insuficiente
- Supervisión insuficiente
- Fallos de comunicación
- Recursos obsoletos
- Escaso nivel de automatización
- Incorrecto mantenimiento de instalaciones
- Insuficiente estandarización de procesos, ...

- Omisión
- Distracciones
- Errores
- Fallos de atención

¡Efecto Adverso!

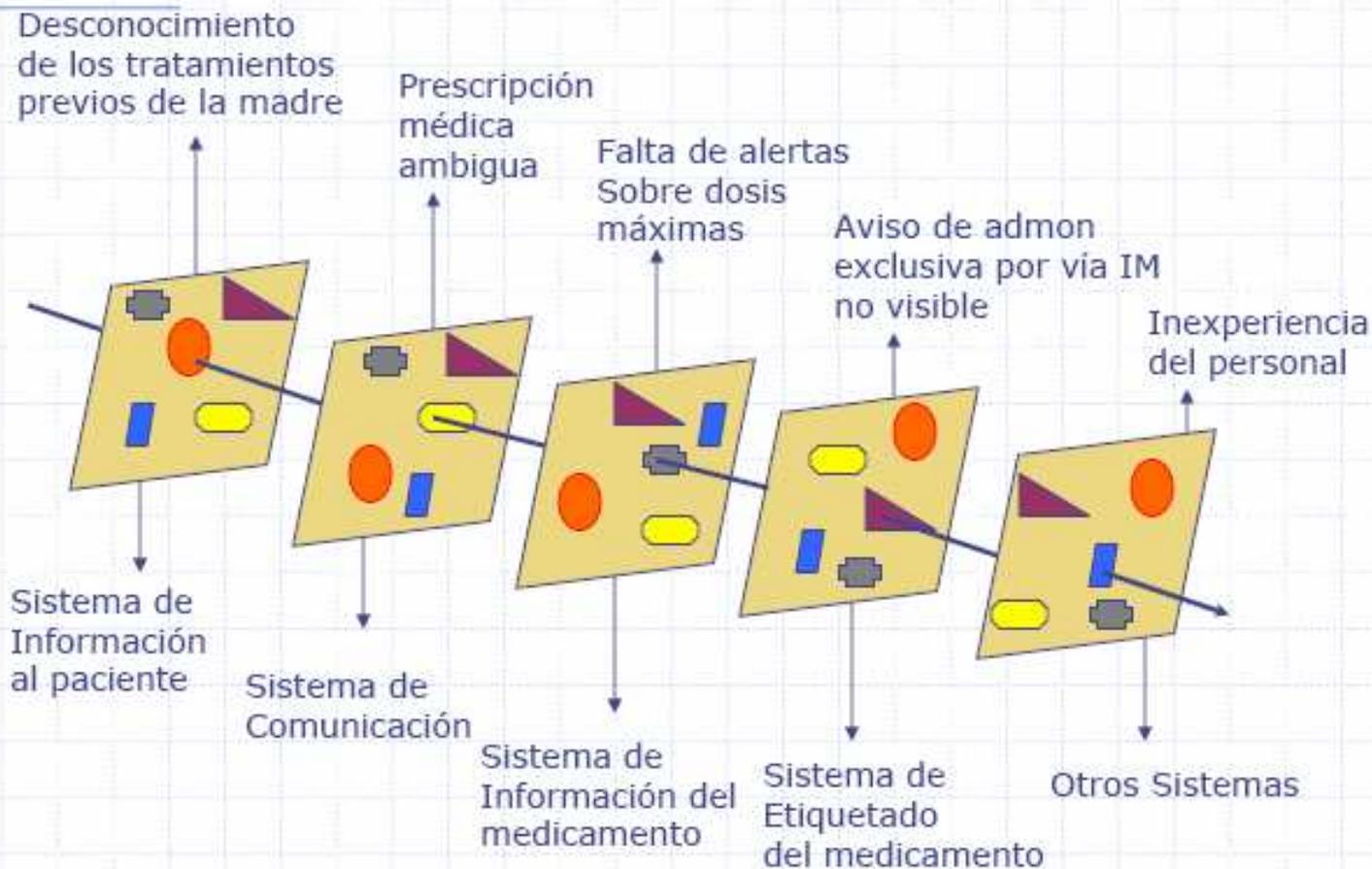


6: Pilotar abordaje de eventos centinelas o incidentes con resultado no deseado mediante metodología “Análisis causa Raíz”.



Identificar riesgos. El caso de las enfermeras de Denver.

Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant



6: Pilotar abordaje de eventos centinelas o incidentes con resultado no deseado mediante metodología “ Análisis causa Raíz”.

- **Caso 1: Venofusin**
- **Caso 2 : Falsos positivos test de embarazo**
- **Caso 3: Confusión comunicación banco Sg**
- **Caso 4: Errores de medicación**
- **Caso 5: Síndrome de Down**
- **Caso 6: Hematuria.**
- **Caso 7: Hematoma intradural**





Hospital San Juan de Dios del Aljarafe



Consorcio Sanitario Público del Aljarafe



7: Pilotar abordaje de áreas de mejora ó estados latentes del centro, determinados en el mapa de riesgo mediante metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos).



CLASIFICACION ANTE LA SUSPECHA DE CASO DE GRIPE A/H1N1

Ante la sospecha de un caso de Gripe A/H1N1, se debe actuar de la siguiente manera:
- Evitar el contacto directo con el enfermo.
- Evitar el contacto con las secreciones de la nariz y la boca del enfermo.
- Evitar el contacto con las superficies que el enfermo haya tocado.
- Evitar el contacto con las personas que hayan estado en contacto con el enfermo.
- Evitar el contacto con las personas que hayan estado en el mismo espacio cerrado que el enfermo.
- Evitar el contacto con las personas que hayan estado en el mismo espacio cerrado que el enfermo.
- Evitar el contacto con las personas que hayan estado en el mismo espacio cerrado que el enfermo.

MEDICACION DE C
PEDIDO QUE SE HAN
RETIRADO.

Medicamento	Presentación	Cantidad
ASPIRINA	Tabletas	100
ADIRO 100	Tabletas	100
ANOKLON	Tabletas	100
COELESAN	Tabletas	100
EFEELKAP	Tabletas	100
DICLOFENACO	Tabletas	100
OMEPRAZOL	Tabletas	100
MAGION	Tabletas	100
MOLOTIL	Tabletas	100
PRUTOCICLA	Tabletas	100
ROMILAR	Tabletas	100
SECURIL	Tabletas	100
TESTINOR	Tabletas	100
EFEEGLAX	Tabletas	100
DIGOXINA	Tabletas	100
CORDIPLAST 10mg	Tabletas	100



ASPIRINA

DOGMATIL

ADIRO 100

CODE ISAN

AMOXICILINA

Bioplak 125 mg
30 comprimidos
Acido acetilsalicílico

VALIUM 5

PARALAMINE



OMEPPRA
SIGAZ 201

MAGION

Solinitrina®
Comprimidos recubiertos sublinguales
30 comprimidos

Via rectal
Novartis Farmacéutica

Romilar
20 ml
Gotas

Novartis Farmacéutica

7: Pilotar abordaje de áreas de mejora ó estados latentes del centro, determinados en el mapa de riesgo mediante metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos).

- **Sistemas de información del centro**
- **Hemovigilancia**
- **Identificación del paciente quirúrgico**
- **Identificación de muestras**
- **Dolor postoperatorio**
- **Uso seguro del medicamento**



7: Pilotar abordaje de áreas de mejora ó estados latentes del centro, determinados en el mapa de riesgo mediante metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos).

Microsoft Excel - composición de grupos de trabajo

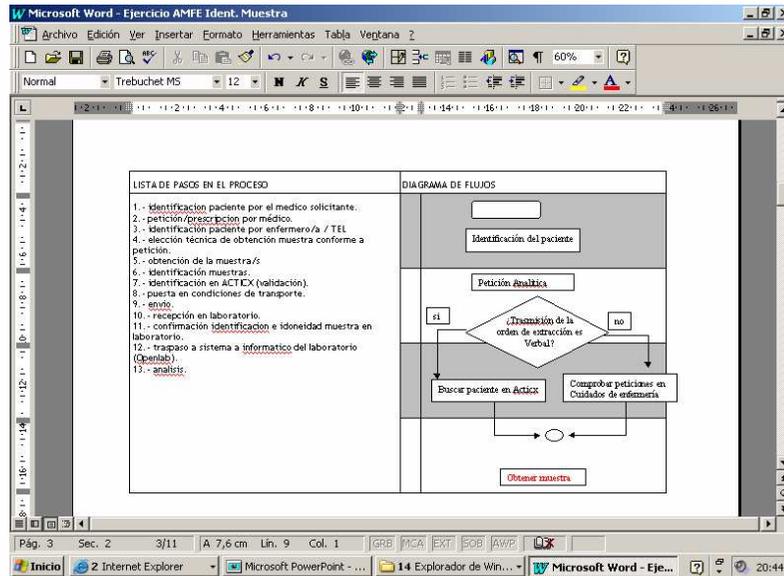
Grupos	Hemotología	Identificación de paciente quirúrgico	Identificación de muestras	Dolor postoperatorio	Uso seguro Medicamento	
Responsables	Jose Fabatez (hematología)	Fernando Cruz (Gestor/a senior/a) Efraim (subd. Enfermería)	Claia (laboratorio) Antonio Fernandez ()	Maria Jose (anestesi/a) Enrique Fernandez (anestesi/a)	Maria Jose Garbato (farmacia) Susana Corral (farmacia)	
Compositores	Carmen martinez paredes (UCI) Dolores martinez loserna (quirúrgico) MF del Mar Alvarce (interna) DUE hospitalización (pte. H) DUE URPA (pte. C. Isotera) Anestesi/a Efraim Padroco (banco de sangre) DUE hospitalización ? Vanesa Correo (Quirófano) Dolores martinez loserna (quirófano) Efraim Uci DUE Urg Efraim Uci	Fernando Cruz (Gestor/a senior/a) Efraim (subd. Enfermería) Alicia Pazos MF del Mar Alvarce (interna) DUE Hosp Efraim Uci	Gemma Gonzalez Navarrete (lab) Aurora Ramos Gonzalez Serna (lab) Muelo Sanchez (lab) Jose manuel lefantez UCI -señal pendiente de malati UCI-urg (pendiente de malati) Inmaculada Lacortero (Div. Bioan) Hospitalización (pte. M.trauma) Vanesa Correo (Quirófano) Quirófano (pte. curan. isotera) Miguelana mag paez Cafios sacadura senior/a (lab) Jose Antonio Pardo (consulta) Efraim Uci	Sonia (UCI) Juana (URPA) Jose Antonio (URPA) Almudena Arroyo (Hosp) Malena medico quirurgico () medico quirurgico Fernando Diaz Med familia (pendiente confirm URG) Abel (URG pendiente de Malati) Enfermería (UCHURG) Mercedes Usabal (Jose M. Fernandez de of UC Intensiva pendiente confirm UCI) Vanesa (Est. CEE) Antonio Fernandez Valero (informaticos) Almudena ropes ()		

Microsoft Excel - participantes definitivos en curso de seguridad clinica

Nombre	Localización	Grupo de trabajo
Jose Fabatez	Hematología	Hemotología
Efraim Padroco	Banco de sangre	Hemotología
Miguelana Romero	URPA	Hemotología
Vanesa	Anestesi/a	Hemotología
MF del Mar Alvarce	Medicina interna	Hemotología
Juana Ojeda	DUE Hospitalización	Hemotología
MF Les Gonzalez Yosa	DUE URG	Hemotología
Dolores Martinez Loserna	DUE UCI-URG	Hemotología
Carmen Pérez Paredes	UCI	Hemotología
Fernando Cruz	Responsable Gestor/a de Usuarios	Identificación del paciente quirúrgico
Efraim Pardo	Subdirección enfermería	Identificación del paciente quirúrgico
Alicia Pazos	Gestor/a de usuarios	Identificación del paciente quirúrgico
Maria Jose de Justos	Ginecología	Identificación del paciente quirúrgico
MF Jose Perez	Coordinadora Hospitalización	Identificación del paciente quirúrgico
Pilar Jimenez Fierro	DUE Quirófano	Identificación del paciente quirúrgico
Maria Jose Orrellana	Coordinadora hospitalización	Identificación del paciente quirúrgico
Aida Garcia Sanchez	DUE URG	Identificación del paciente quirúrgico
Claia Morilla	Laboratorio	Identificación de muestras
Manuel Sanchez	Responsable Laboratorio	Identificación de muestras
Gemma Gonzalez Navarrete	Laboratorio	Identificación de muestras
Aurora Ramos Gonzalez Serna	Laboratorio	Identificación de muestras
MF Jose Perez	Urgencias	Identificación de muestras
Vanesa Correo	Quirófano	Identificación de muestras
Almudena Arroyo	DUE Hospitalización	Identificación de muestras
Emilia J. Nieto	UCI	Identificación de muestras
Maria Jose	Anestesi/a	Dolor post-operatorio
Sonia Gallego	UCI	Dolor post-operatorio
Enrique Fernandez	Anestesi/a	Dolor post-operatorio



7: Pilotar abordaje de áreas de mejora ó estados latentes del centro, determinados en el mapa de riesgo mediante metodología AMFE (análisis modal de fallos y efectos).



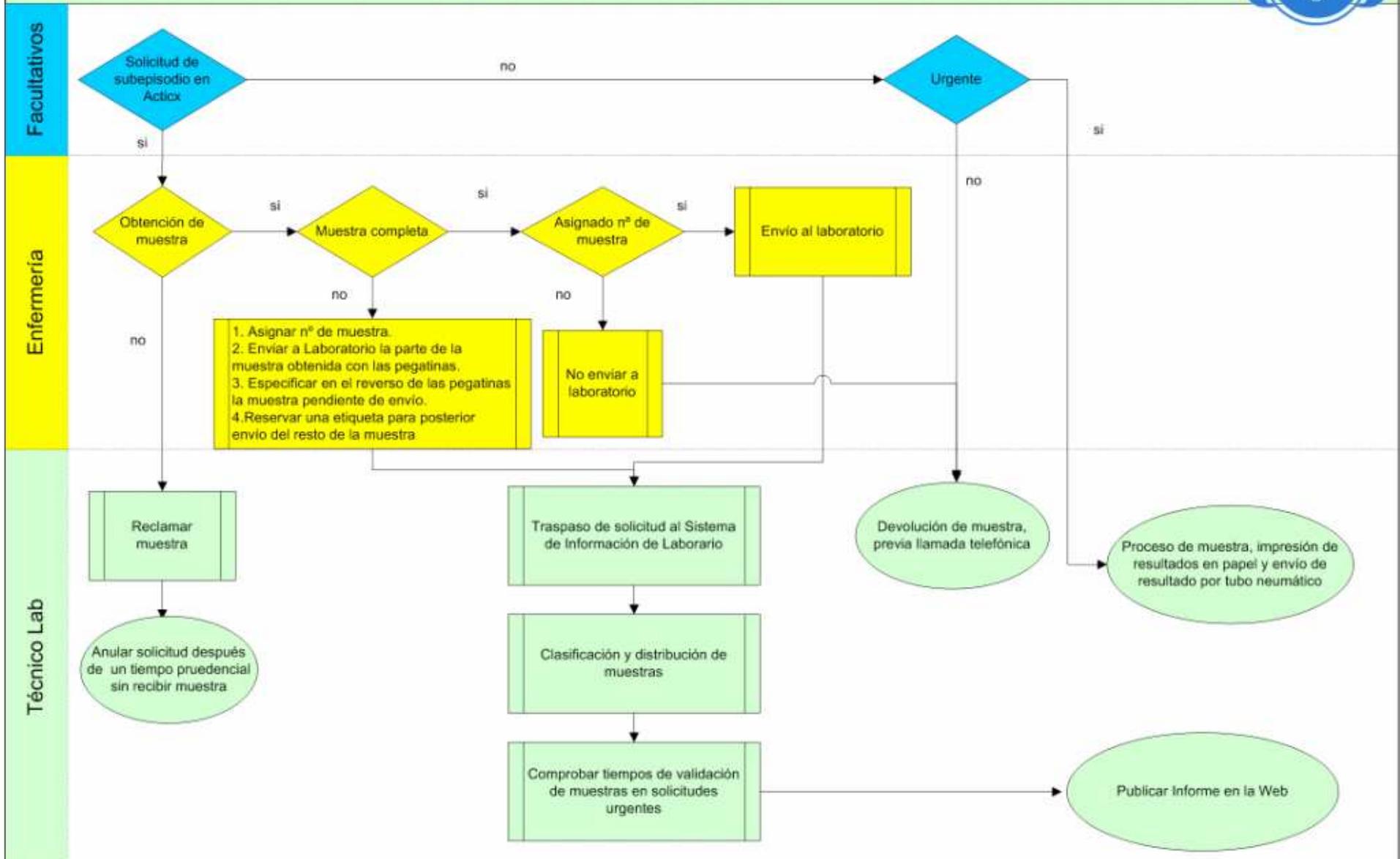
Microsoft Word - Ejercicio AMFE Ident. Muestra

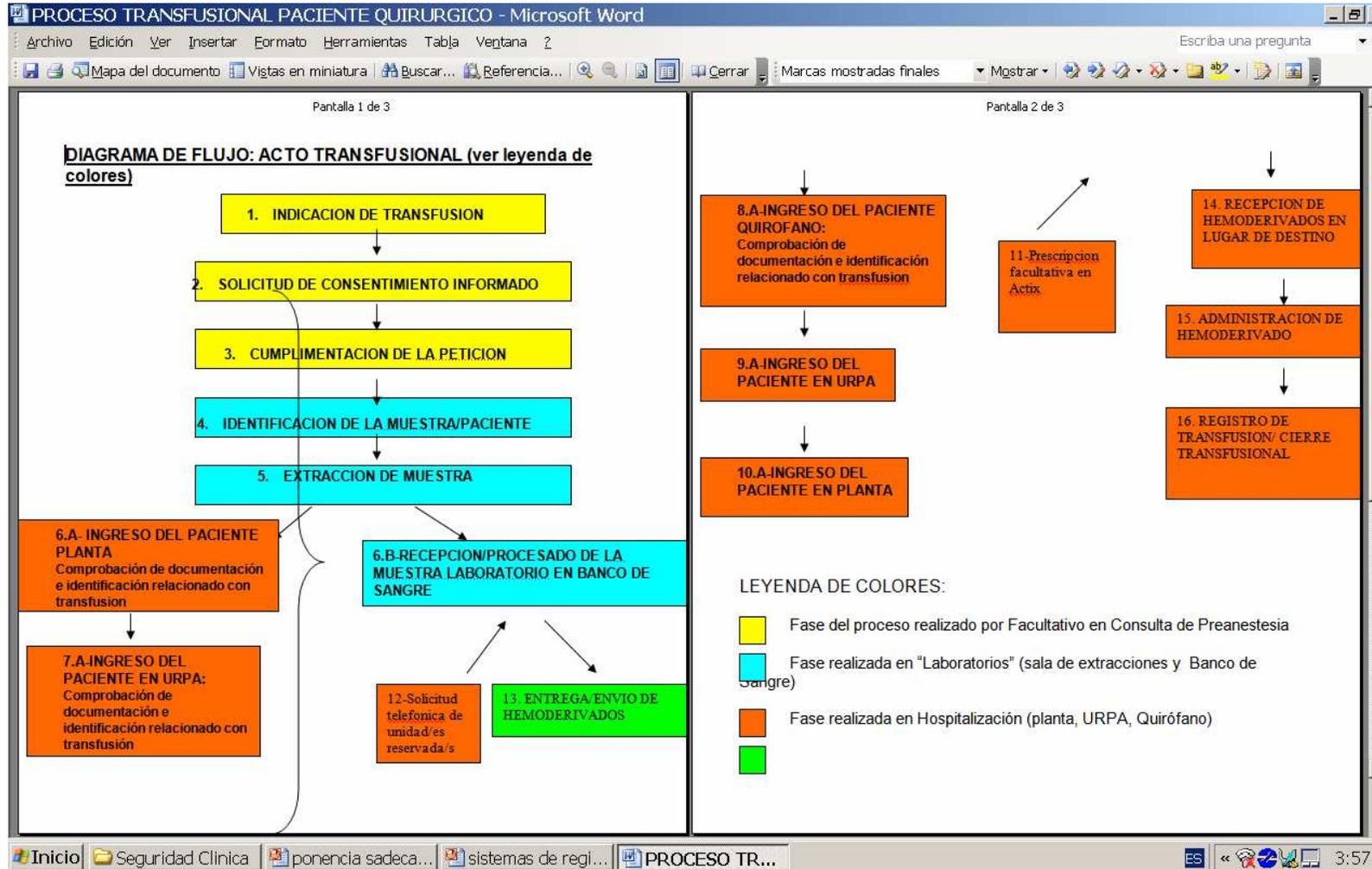
Tabla de Análisis de Riesgo:

PROCESO:	FECHA:			PUNTO:					
	1. Aparición			1. Detección					
MEMBRO:	1. Grave	2. Moderado	3. Menor	1. Frecuente	2. Ocasional	3. Infrecuente	4. Remoto		
	Catastrófico Mayor Moderado Menor	9-10 5-8 3-4 1-2		Frecuente Ocasional Infrecuente Remoto	9-10 7-8 5-6 1-4		Baja Moderada Ocasional Alta	9-10 7-8 5-6 1-4	
PASOS DEL PROCESO	POSBILES FALLOS		POSBILES CAUSAS	POSBILES EFECTOS		FURTRACIA			
						IG	IA	ID	IPR
Obtención muestra	Extracción de vta		Mala técnica	Decisiones terapéuticas inadecuadas (transfusión)		9	9	2	162
	Medios (tubos) incorrectos		Fallo humano	Demora		2	7	9	76
etiquetado	No etiquetado		Fallo humano	Demora		1	5	9	45
Validación	No validación		Fallo humano: Despiste, impigencia, carga de trabajo	Demora		1	9	9	81
	Validación incorrecta (cruzada)		Presencia de tapos o etiquetas de otros pacientes. Etiquetas mal colocadas. Teclar nº de etiquetas manualmente.	Asignación de reusados a pacientes erróneos y las correspondientes acciones terapéuticas.		10	7	9	560



Algoritmo de procedimiento de envío-recepción de muestras al Laboratorio HSJD Aljarafe

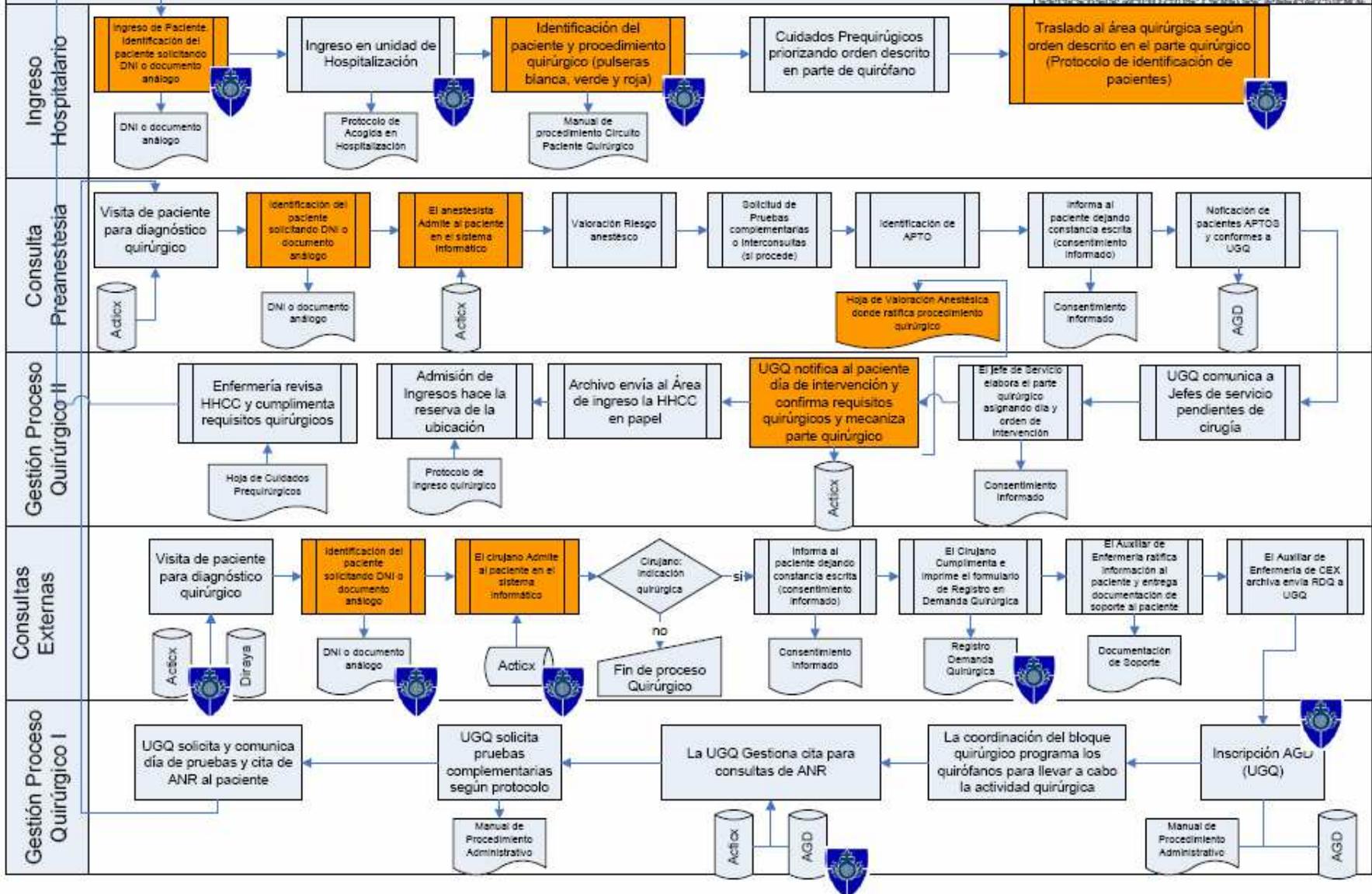




Identificación Paciente Quirúrgico



Fuente de información: (CPQ) Manual de Procedimientos Paciente Prequirúrgico



AMFE COLECTOMIA LAPAROSCOPICA - Microsoft Word

Archivo Edición Ver Insertar Formato Herramientas Tabla Ventana ? Escribe una pregunta

100% Lectura Normal + Negrit Times New Roman 12

Los resultados se observan en la siguiente tabla:

Fase	Modo de fallo	Efecto	IPR	BARRERA	BARRERA
FIJACION DEL PACIENTE A LA MESA QUIRURGICA	fallo de anclajes	lesiones por atrapamiento nervioso	315	PROTOCOLO	TESTADO DE ANCLAJES
INTRODUCCION DE TROCARES	lesión vasos de pared	Sangrado postoperatorio inmediato	384	PROTOCOLO	EXTRACCION BAJO VISION
POSICIONAMIENTO DE ASAS INTESTINALES-HACER CAMPO	Imposibilidad de hacer campo	No ligadura de Art. en su raíz, por no visualización/disminución nº adenopatías	576	FORZAR POSICION/CONVERSION	
POSICIONAMIENTO DE ASAS INTESTINALES-HACER CAMPO	Imposibilidad de hacer campo	Perforación de asa por movilización forzada	512	PINZA ATRAUMATICA SIN CIERRE ANCLADO	
LOCALIZACION DE LA TUMORACION	Mala definición de extremos del tumor	Sección a través de área tumoral→recidiva precoz	RECTO RD1=432, NO RD1=48	MARCAJE TINTA PRERADIOTERAPIA	
LIBERACION DEL ANGULO ESPLENICO DEL COLON	No realización	Tensión en extremos de la anastomosis→Dehiscencia de sutura	640	PROTOCOLO	PASO OBLIGADO
LOCALIZACION Y SECCION DE PEDICULO ARTERIAL	sección individualizada de Art. hemorr y sigmoidea	disminución nº de adenopatías	576	PROTOCOLO	SECCION EN RAIZ
LOCALIZACION Y SECCION DE PEDICULO ARTERIAL	Confusión anatómica uréter/hemorroidal superior	lesión uréter	384	ESTABLECER TIEMPO LIMITE	TECNICA
LOCALIZACION Y DISECCION DE URETER	sección inadvertida uréter	lesión uréter	384	ESTABLECER TIEMPO LIMITE	TECNICA
LIBERACION DE MESOCOLON -EN RECTO	Rotura de mesorrecto	Disminución o desaparición margen circunferencial	336	LOCALIZACION PLANO MESORRECTAL	TECNICA
SECCION DE LA PIEZA QUIRURGICA	sección varios planos	Dehiscencia de sutura	392	PROTOCOLO	CONVERSION SI MAS DE 2 DISPAROS
SECCION DE MESOCOLON	Extremo distal devascularizado	Dehiscencia de sutura	448		TECNICA
SECCION DE CABO PROXIMAL	Extremo proximal devascularizado	Dehiscencia de sutura	384	SECCION BISTURI FRIO	

Pág. 6 Sec. 1 6/10 A Lin. Col. GRB MCA EXT SOB Español (Esp)

Inicio Seguridad Clínica ponencia sadeca... sistemas de regi... PROCESO TRA... AMFE COLECT...

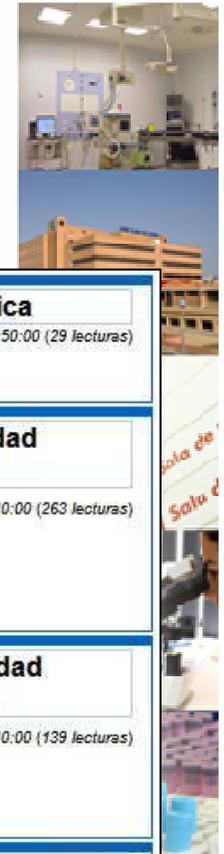
3:55



8: Dar cabida dentro de la [intranet](#) del centro a la seguridad clínica, mediante la creación de un apartado propio que permita difundir información de forma activa al resto de profesionales del centro.
([difusión interna](#))



Difusión Interna



Inicio ACTICX V 6.1.0 - [Inicio de Acticx]

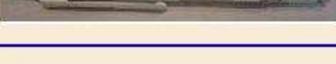
Opciones

- Administración
- Aljarafe
- Facturación
- Hospital
- Logística
- Mantenimientos
- Pruebas

Tfn. Informatica Enlaces

Cambios en los cuidados de las UPP, ver documento

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO - INSULINAS INCLUIDAS EN GUÍA

	03646 INSULINA 100 UI/ML VIAL 10 ML
	03649 INSULINA ISOFANICA (NPH) 100 UI/ML PLUMA 3 ML
	03654 INSULINA ASPART 100 UI/ML PLUMA 3 ML
	08619 INSULINA ASPART / ASPART PROTAMINA 30/70 UI/ML PLUMA 3 ML
	07005 INSULINA GLARGINA 100 UI/ML PLUMA 3 ML

Mostrar Boletines

TELVENT ACTICX 2007 V6.4.1

H.S.J.DIOS ALJARAFE / AFERNAV

Buscar

Entrada de Usuarios Click para entrar

Notificación de errores Seguridad Clínica
 Enviado por Esther Parejo Amat el 11/1/2007 9:50:00 (29 lecturas)
 Trabajo en Health Affairs.
 Leer más... | Enviar comentario

Seguridad de la Seguridad del Paciente" Seguridad Clínica
 Enviado por Esther Parejo Amat el 29/11/2006 16:10:00 (263 lecturas)
 Trabajo en el curso online "Gestión y Mejora"
 Leer más... | Enviar comentario

Farmacia obtiene un beca Seguridad Clínica
 Enviado por Esther Parejo Amat el 20/11/2006 17:10:00 (139 lecturas)
 Trabajo en una beca para asistir al Congreso de la European Society of Hospital Pharmacy (ESHP)
 Leer más... | Enviar comentario

Resultado de votación 1 Total: Sí

Referentes por Servicio y Acreditaciones formativas.

Os recuerdo que en la reunión de localizar dentro de sus servicios

presentación de un poster en las Jornadas de Calidad Asistencial (SADECA) en la Ciudad ONG tiene en Sierra Leona una gran generosidad.

Cuando nos avisan de laboratorio que se vuelve a cursar una nueva, pero los resultados ¿o hay alguna forma de evitarlo?

Preguntado por Anonimo y respondido por Clínica de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica

Si desde el laboratorio se considera que la muestra es correcta (ej: muestra diluida) o no pueden realizarse (ej: hemograma o estudio de coagulación coagulados). Como ya sabéis ante esto se os avisa para obtener una nueva muestra y puede actuarse de dos maneras:

1. Se anula ese parámetro en la petición original, poniendo una nota explicativa de por qué se anula, y se manda la nueva muestra con otro número, o bien
2. Se espera con ese parámetro sin hacer hasta que sea remitida la siguiente muestra.

Normalmente la decisión de optar por una u otra formas de actuar la soléis tomar vosotros junto con los facultativos prescriptores de la analítica, y pensamos que se basará en la necesidad que se tiene de forma inmediata de recibir ese resultado, dejando para la siguiente extracción la repetición de esa prueba si no es de necesidad inmediata conocer su resultado. Muchas gracias por vuestro interés en la mejora continua.

Servicio de Farmacia
Uso Seguro del Medicamento
BOLETIN nº 5



Atención sólo difieren en la dosis!!!

05157 ROPIVACAINA 100 MG AMP 10 ml (1%) 03860 ROPIVACAINA 75 MG AMP 10 ml (0,75%)

Servicio de Farmacia
Uso Seguro del Medicamento
BOLETIN nº 1



Código: 04822

NITROGLICERINA 50 MG AMP 10 ML



Código: 03767

NOREPINEFRINA 10 MG AMP 10 ML

Difieren en que **NOREPINEFRINA 10MG AMP 10ML** tiene un aro gris, y la **NITROGLICERINA 50MG AMP 10ML** no tiene aro

Servicio de Farmacia
Uso Seguro del Medicamento
BOLETIN n° 2



03825
POTASIO, CLORURO
20 MEQ K AMP 10 ML
(2 M)

MEDICAMENTO
ALTO RIESGO!!!



05752
SODIO, CLORURO 34,2
MEQ NA AMP 10 ML
(20%)

Servicio de Farmacia
Uso Seguro del Medicamento
BOLETIN n° 3



03577 EPINEFRINA 1 MG AMP 1ML



03437 ATROPINA 1 MG AMP 1 ML

Diferencias:

- Serigrafiado de diferente color.
- La epinefrina tiene un 2º aro de color amarillo.



Opciones

Aljarafe

Hospital

Logística

Mantenimientos

Mostrar Boletines

Cambios en los cuidados de las UPP, [ver documento](#)

Recomendaciones Prevención ITU

1. Técnica aséptica estricta en el sondaje.
2. Sistemas con circuito cerrado.
3. Evitar desconexiones de la sonda.
4. Nunca pinzar la sonda.
5. Obtener muestras de orina a través de la goma de la sonda mediante punción.
6. Retirar la sonda lo antes posible.



NUEVO MEDICAMENTO

07819 DEXKETOPROFENO
50 MG AMP 2 ML

Sustituye a
Ketorolaco 30 mg amp 1 ml

Vías:

IV directa, IM,
Infusión IV discontinua
(diluir 50 ml
Cloruro Sódico 0,9 %)

Recomendable duración
de tratamiento: **No exceda 2 Días**

TELVENT .0



9: Creación de **Página Web** de seguridad clínica. (**Difusión externa**)



Divulgación Externa


Hospital San Juan de Dios del Aljarafe
ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

El Hospital
Ciudadanos
Profesionales

[Inicio](#) | [Profesionales](#) | [Comisiones](#) | [Seguridad Clínica](#)

Seguridad Clínica

El Hospital
Ciudadanos
Profesionales

[Inicio](#) | [Profesionales](#) | [Comisiones](#) | [Seguridad Clínica](#) | [Documentos](#)

Documentos

Planes de Calidad y Estrategias en Seguridad del Paciente

Se recogen aquellos documentos que hacen referencias a Planes de Calidad y Estrategias de Seguridad de pacientes en el ámbito nacional

Estudios nacionales e internacionales de relevancia sobre efectos adversos

Contiene una serie de estudios nacionales e internacionales de relevancia sobre efectos adversos

Leyes y normativa vigente de relevancia en Seguridad Clínica

Los documentos que lo configuran han sido descargados del "Portal de los profesionales de la Seguridad" (www.belt.es) y encuentran a su vez recogidos en la web del Ministerio de Sanidad y consumo (www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm)

Campañas nacionales e internacionales en curso.

Presentación de iniciativas que actualmente se están divulgando desde diferentes organismos.

Leyes y normativa vigente de relevancia en Seguridad Clínica

Los documentos que lo configuran han sido descargados del "Portal de los profesionales de la Seguridad" (www.belt.es) y encuentran a su vez recogidos en la web del Ministerio de Sanidad y consumo (www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm)

Campañas nacionales e internacionales en curso.

Presentación de iniciativas que actualmente se están divulgando desde diferentes organismos.

Alertas de Seguridad en atención sanitaria

Las alertas sanitarias contenidas en este apartado han sido creadas y difundidas por la fundación Avedis Donavedian y la fundación Madre Medicina en su pagina web (www.fadq.org).

Sistemas de registro y notificación de efectos adversos

Editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

[Volver]

El Hospital
Ciudadanos
Profes

[Inicio](#) | [Profesionales](#) | [Comisiones](#) | [Seguridad Clínica](#) | [Documentos](#)

Alertas de Seguridad en atención sanitaria

Seguridad Clínica desde el año 2005, para poner en contribuir a mejorar la calidad asistencial

Alerta 1: Inadecuada identificación de pacientes

Alerta 2: Paciente con traumatismo infravalorado en urgencias

Alerta 3: Riesgo del potasio intravenoso.

Alerta 4: Cirugía en el lugar erroneo.

Alerta 5: Precauciones de la contención física o inmovilización de los pac

Alerta 6: Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados

Alerta 7: Administración segura de medicamentos

Alerta 8: Medicamentos de alto riesgo (I)

[Volver]

El Hospital
Ciudadanos
Profes

[Inicio](#) | [Profesionales](#) | [Comisiones](#) | [Seguridad Clínica](#) | [Documentos](#)

Alertas de Seguridad en atención sanitaria

Seguridad Clínica desde el año 2005, para poner en contribuir a mejorar la calidad asistencial

Alerta 1: Inadecuada identificación de pacientes

Alerta 2: Paciente con traumatismo infravalorado en urgencias

Alerta 3: Riesgo del potasio intravenoso.

Alerta 4: Cirugía en el lugar erroneo.

Alerta 5: Precauciones de la contención física o inmovilización de los pac

Alerta 6: Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados

Alerta 7: Administración segura de medicamentos

Alerta 8: Medicamentos de alto riesgo (I)

[Volver]

10: Participar en foros, reuniones, jornadas, talleres donde compartir experiencias y poder exponer los resultados que se van obteniendo a medidas que avanzamos. ([Relaciones externas](#))



10: Participar en foros, reuniones, jornadas, talleres donde compartir experiencias y poder exponer los resultados que se van obteniendo a medidas que avanzamos. (Relaciones externas)





ABORDAJE DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA SEGURIDAD CLÍNICA. NUESTRA EXPERIENCIA

Comisión de Seguridad Clínica
Hospital San Juan de Dios del Aljara - Consorcio Sanitario Público del Aljara

INTRODUCCIÓN

La gestión en materia de calidad requiere la adopción de acciones preventivas y el cumplimiento de los niveles de seguridad en la atención a los usuarios promoviendo la cultura de seguridad. La puesta en marcha de programas de mejora en seguridad clínica requiere la creación de unidades dentro del organismo de trabajo, desarrollo y control de actividades relacionadas con la seguridad del paciente.



Fig. 1. Herramienta de gestión de seguridad.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es mejorar nuestra experiencia en la implementación en la cultura de seguridad en nuestro institución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboramos la estrategia seguida en nuestro centro para la implementación y desarrollo de una cultura de seguridad clínica a raíz de la creación de la comisión de seguridad clínica en febrero de este año. Nuestro objetivo es el primer semestre del 2008 con la creación de la seguridad de los profesionales del centro y el primer trimestre de 2009 con la creación de la cultura de seguridad de todos y todas (AMPC).

RESULTADOS

A los 5 meses de nuestra creación se han conseguido los siguientes objetivos:

- Contratación de los cargos intermedios y creación de la comisión de seguridad a cargo de la Función de Ayuda Directiva, Jefe de Tecnología.
- Inicio de la creación de todos los protocolos del centro con la seguridad clínica, desde la realización de cursos por parte de los diferentes departamentos de la comisión de seguridad y cursos similares.
- Creación de la estructura de seguridad (Plan de seguridad del Hospital) delimitando los responsables directos y sus competencias respectivas.
- Creación de la política (PDC) y plan de formación virtual en la intranet del centro.
- Creación de un plan de mejora (PM) del centro de un acuerdo en seguridad clínica.
- Realización de cursos en metodología de análisis de causa raíz, siguiendo con eventos críticos. Conferencia en áreas de procesos de administración, todos positivos en nivel de asistencia y comunicación con los familiares de guardia y nivel de control de riesgo.
- Realización de cursos en metodología de análisis modo de fallo y efectos (AMFEC) en relación a los procedimientos de información del centro.
- Comunicación de los resultados, coordinadores y áreas de mejora, mediante de los diferentes canales de comunicación profesional y al ámbito del área de gestión del centro (AMPC) que se dio inicio en los meses de su creación.
- Creación de un grupo de trabajo con los áreas de mejora propuestas por los profesionales del centro tras pasarlas por una encuesta para identificar los eventos críticos del centro.

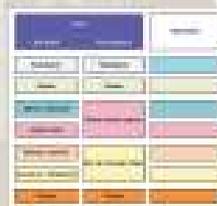


Fig. 2. Herramienta de gestión de seguridad.



Fig. 3. Herramienta de gestión de seguridad.



Fig. 4. Herramienta de gestión de seguridad.



Fig. 5. Herramienta de gestión de seguridad.

CONCLUSIONES

La creación de la cultura de seguridad clínica y la seguridad dentro del centro se entendieron como parte integrante para su desarrollo dentro del sistema. Una cultura de seguridad clínica con diferentes niveles en cada actividad.

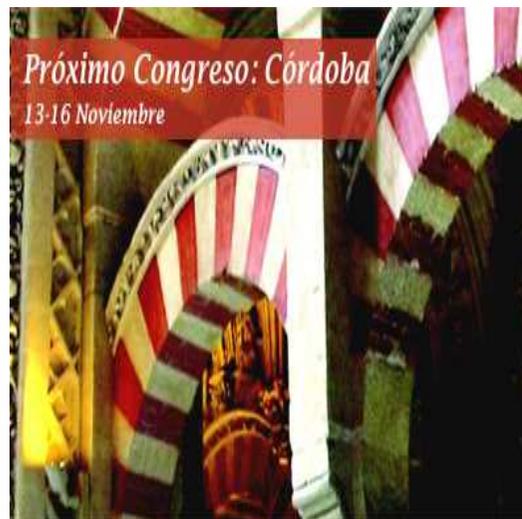


Hospital San Juan de Dios del Aljara

Consorcio Sanitario Público del Aljara
Avda. San Juan de Dios s/n, 41010, San Juan (Sevilla)



sadeca
Sociedad Andaluza
de Calidad Asistencial



11: Diseñar o participar de forma activa en proyectos de investigación que permitan definir unos sistemas de registro y análisis de incidentes validos que nos permitan sacar conclusiones reales de la situación del centro en materia de seguridad y nos permita compararnos con el resto de centros. (Investigación)



“ESTRATEGIAS PARA CONSTRUIR UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE NIVELES ASISTENCIALES QUE PERMITAN PREVENIR Y DISMINUIR LOS EVENTOS ADVERSOS”. (I+D+I 2004-2007)



1º semestre – 400 historias con alertas

.- Estudio multicéntrico basado en el “ Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales” del instituto para el uso seguro del medicamento (ISMP)



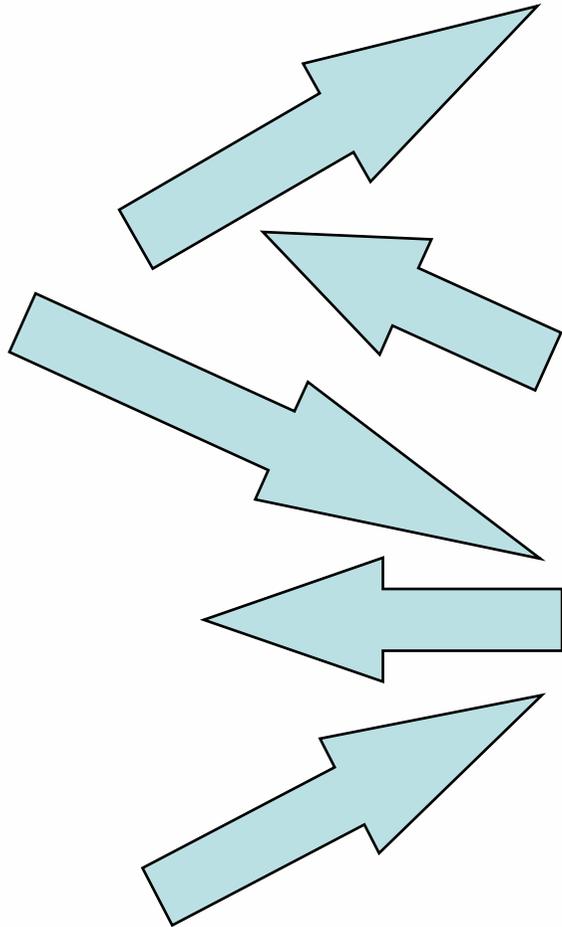
12: Continuidad asistencial (Comisión interniveles). Abordar la seguridad del paciente en todo el contexto de su atención, donde se aprovechen los **procesos asistenciales** actuales puestos en vigor por la conserjería de Salud para pilotar indicadores que permitan determinar los niveles de seguridad asistencial actuales.





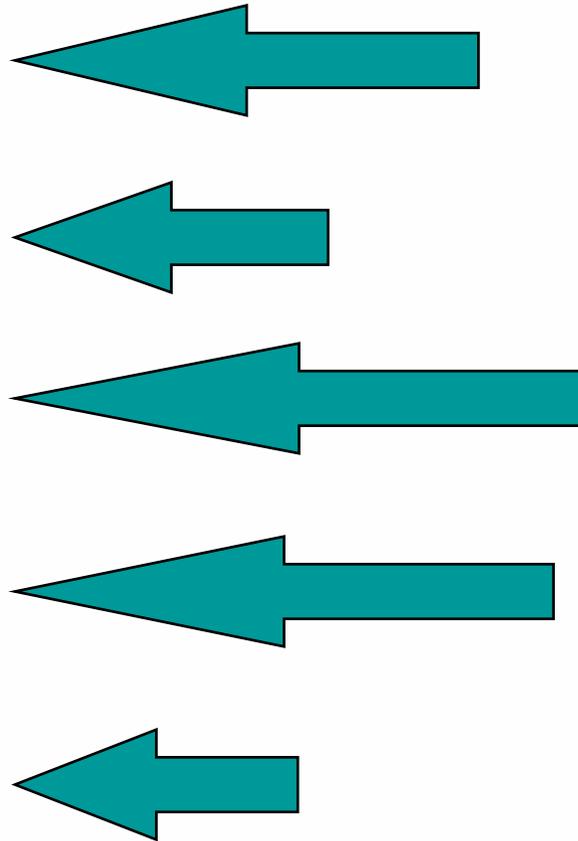
Análisis del Campo de Fuerzas

Fuerzas Impulsoras



SITUACIÓN ACTUAL

Fuerzas Restrictivas



SITUACIÓN DESEADA





Hospital
San Juan de Dios
del Aljarafe



Consorcio Sanitario Público del Aljarafe

Trabajo de Equipo



PROYECTO ALJARAFE

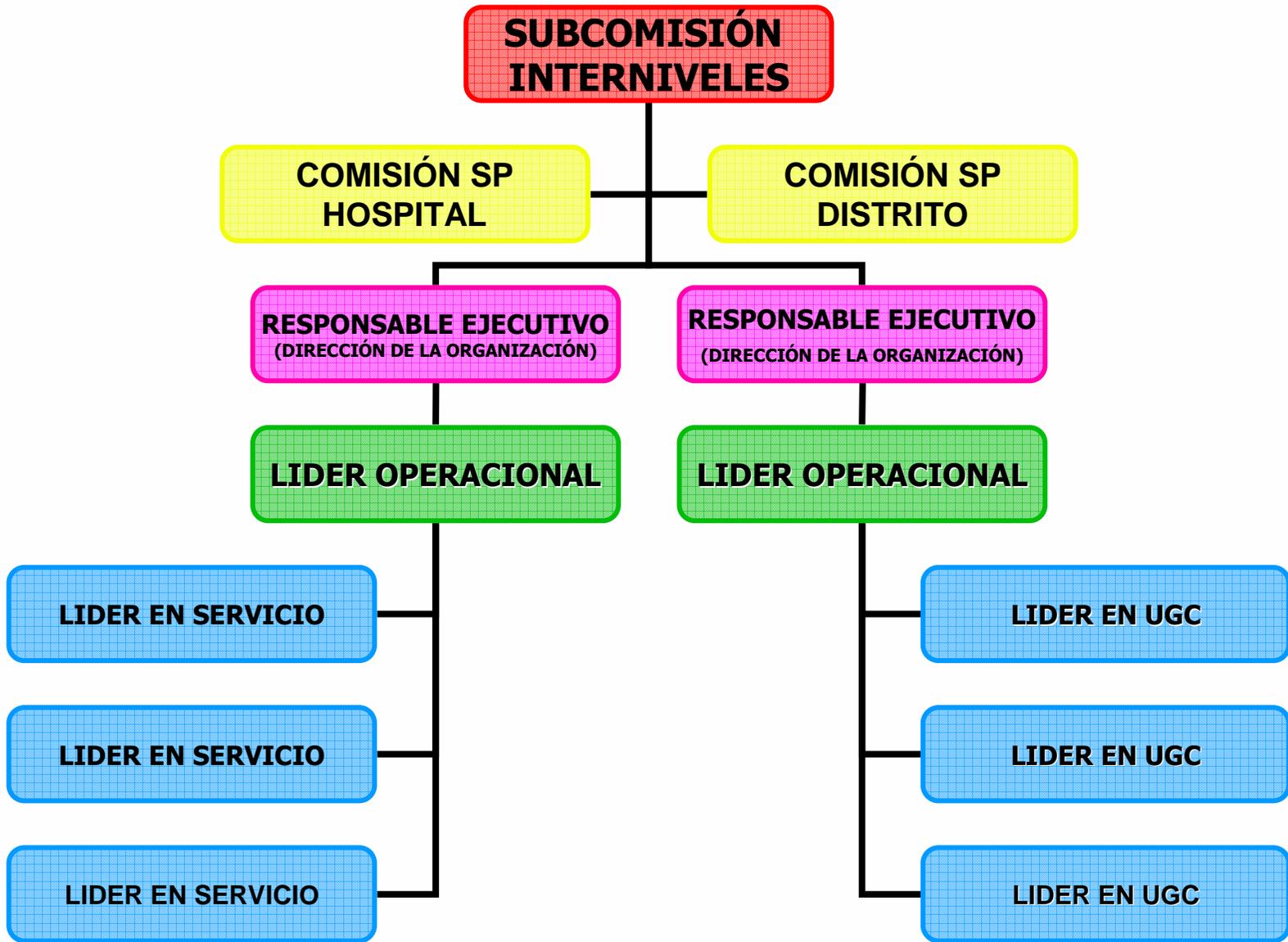


HOSPITAL

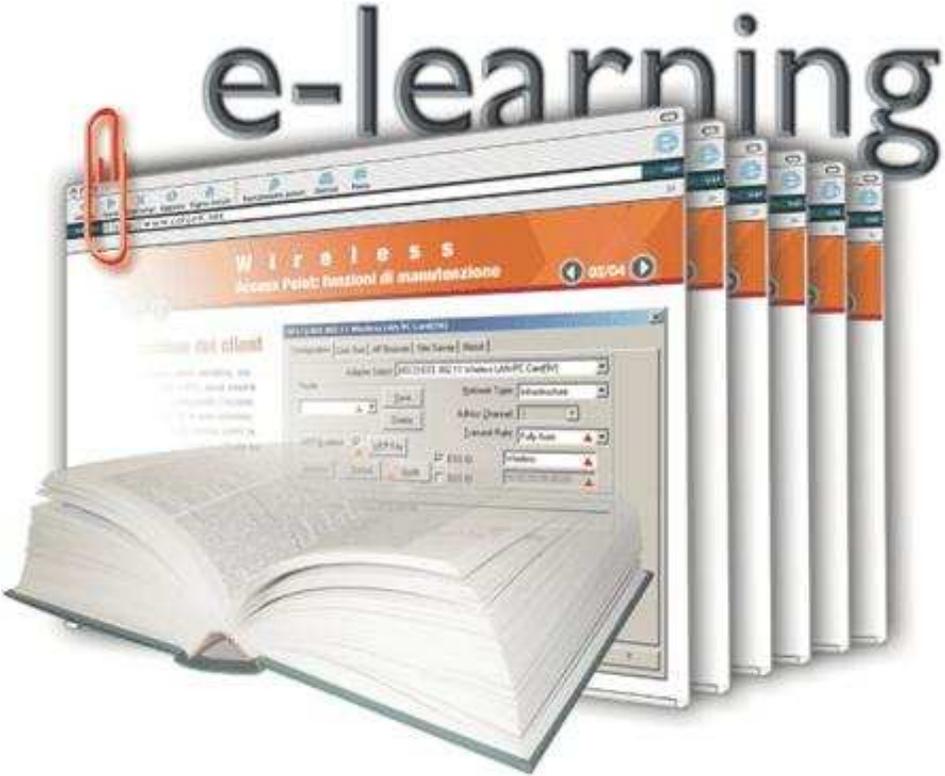
DISTRITO

AUNANDO ESFUERZOS

ORGANIGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

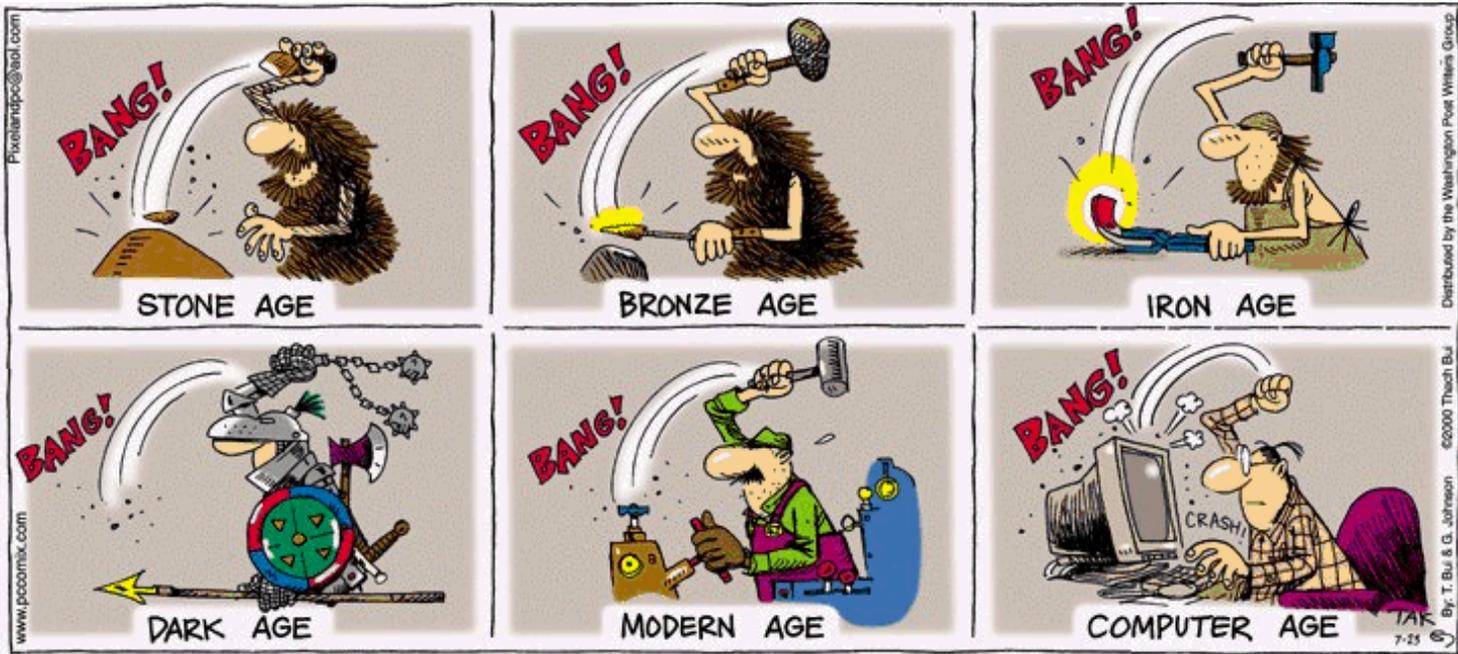
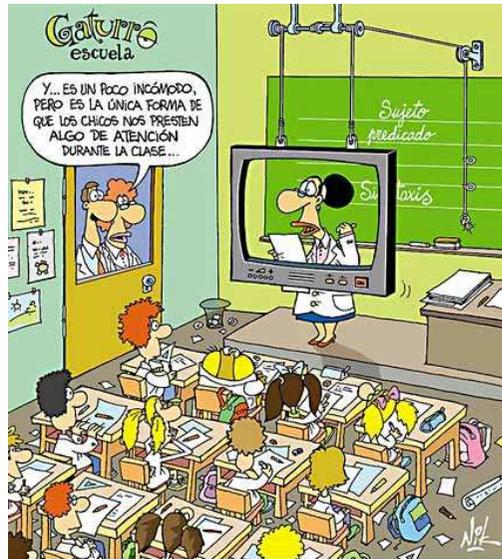


Continuidad asistencial (Comisión interniveles). Abordar la seguridad del paciente en todo el contexto de su atención, donde se aprovechen los **procesos asistenciales** actuales puestos en vigor por la conserjería de Salud para pilotar indicadores que permitan determinar los niveles de seguridad asistencial actuales.



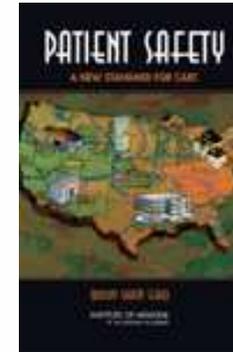
WIKIPEDIA







SEGURIDAD



- .- Incorporación de la seguridad a la practica habitual del servicio
- .- Incorporación de las recomendaciones de la comisión de seguridad
- .- Participación del Servicio en los cursos de formación específicos.
- .- Creación de mapa de riesgo propio del servicio.
- .- Definir eventos centinelas
- .- Realizar análisis causa raíz o AMFE en caso de riesgo claro o suceso adverso
- .- Incorporar la participación del paciente y su cuidador en su propia seguridad.
- .- Abordar el proceso HBP–Ca de próstata desde la perspectiva de la seguridad.
- .- Briefing al final de la jornada.
- .- Participar en la comunicación de eventos adversos
- .- Stock de material quirúrgico indispensable (stock seguridad)





CONTINUIDAD ASISTENCIAL



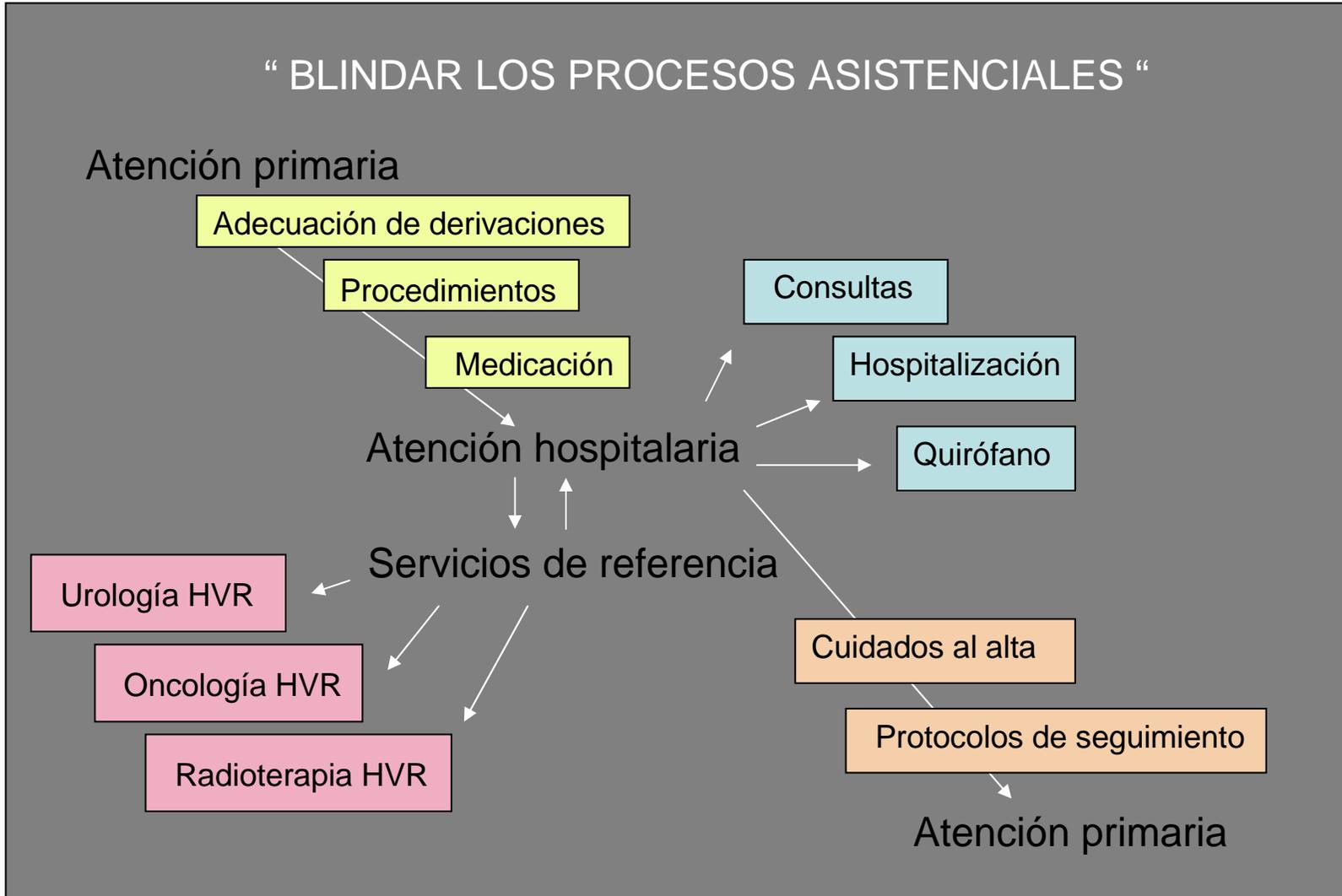
“ BLINDAR LOS PROCESOS ASISTENCIALES “

- Reunión de todos los implicados para conocer el plan
- Estudio de la situación actual
- Definir el organigrama de trabajo
- Realizar AMFE de Fallas latentes más importantes
- Priorización y propuesta de áreas de mejora
- Creación de indicadores
- Pilotaje de procedimientos rediseñados
- Evaluación de resultados
- Si objetivos conseguidos y comprobados : “ Garantías “.





CONTINUIDAD ASISTENCIAL



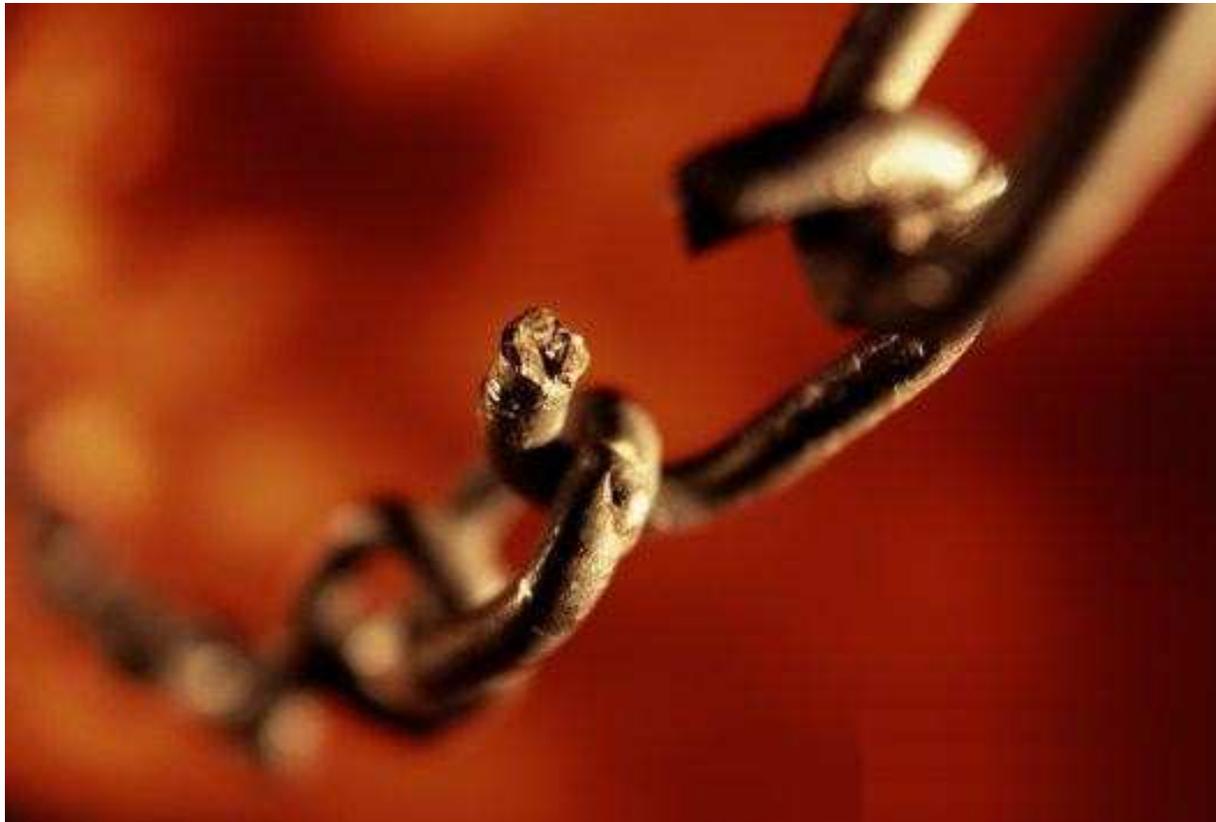
Diseñar estrategias para **favorecer la participación del paciente o su cuidador** a lo largo de todo su proceso asistencial, desde su primera toma del contacto con el sistema sanitario hasta que es dada de alta (Atención primaria – atención especializada- atención primaria)(Atender la figura emergente del “ paciente inteligente “).

- .- Validando como evaluador externo la seguridad de los procesos durante su paso por ellos.
- .- Invitarle a proponer áreas de mejoras
- .- Explorar las expectativas (Nov 2005)
- .- Documentos de Toma de decisiones
- .- Grupos de participación ciudadana
- .- ¡¡ Se busca ex director general !! (Gran potencial).
- .- Carta de garantías





CONTINUIDAD ASISTENCIAL





Publicidad de la seguridad (Departamento de comunicación).

Considerar sistemas o modelos de información que permitan conocer a la población del distrito los esfuerzos en seguridad clínica realizados con el fin de aumentar la confianza de los pacientes en su sistema sanitario.

- .- Boletines de información del centro
- .- Noticias en prensa del entorno
- .- Noticias en pagina Web e intranet





Adecuación de indicadores (Sistemas de registro). Plantear la posibilidad de adecuar los indicadores a las necesidades en seguridad observadas en el centro / distrito a medida que se vayan creando mapas sucesivos de riesgo, aparte de mantener activos los sistemas de registros de los indicadores generales previstos por la conserjería de salud.

> INDICADORES HOSPITALARIOS

1	Complicaciones de la anestesia
2	Mortalidad en GDRs de baja mortalidad
3	Ulcera de decúbito
4	Fracaso en el rescate
5	Cuerpo extraño olvidado durante un procedimiento
6	Neumotórax iatrogénico
7	Determinadas infecciones causadas por la asistencia sanitaria
8	Hematoma o hemorragia postoperatoria
9	Fractura de cadera postoperatoria
10	Desorden fisiológico y metabólico postoperatorio
11	Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorios
12	Fallo respiratorio postoperatorio
13	Sepsis postoperatoria
14	Dehiscencia de herida postoperatoria
15	Punción/laceración accidental
16	Reacción transfusional
17	Traumatismo en el nacimiento - lesiones en el neonato
18	Trauma obstétrico en cesárea
19	Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado
20	Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado

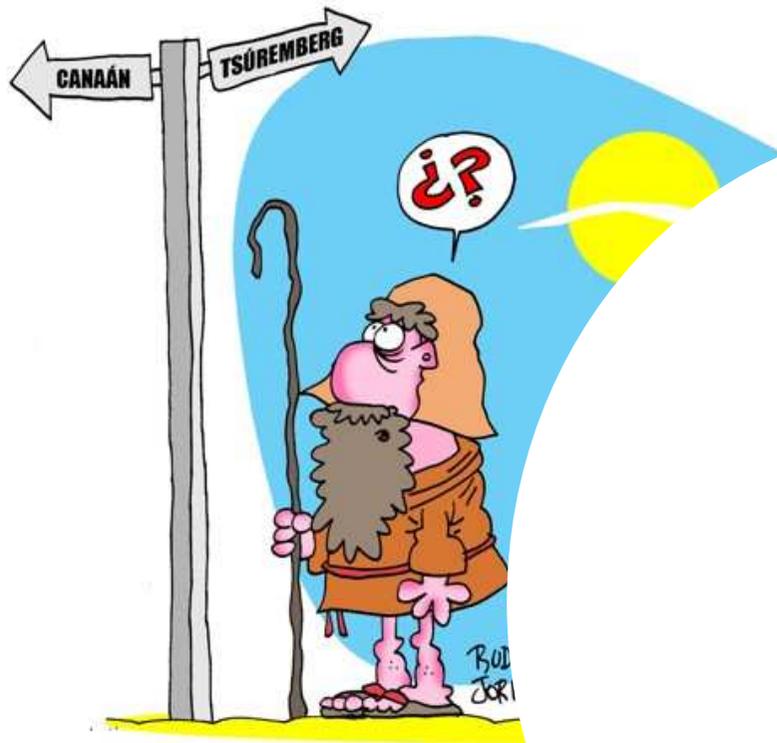
> INDICADORES DE ÁREA

21	Cuerpo extraño olvidado durante un procedimiento
22	Neumotórax iatrogénico
23	Determinadas infecciones causadas por la asistencia sanitaria
24	Dehiscencia de herida postoperatoria
25	Punción/laceración accidental
26	Reacción transfusional

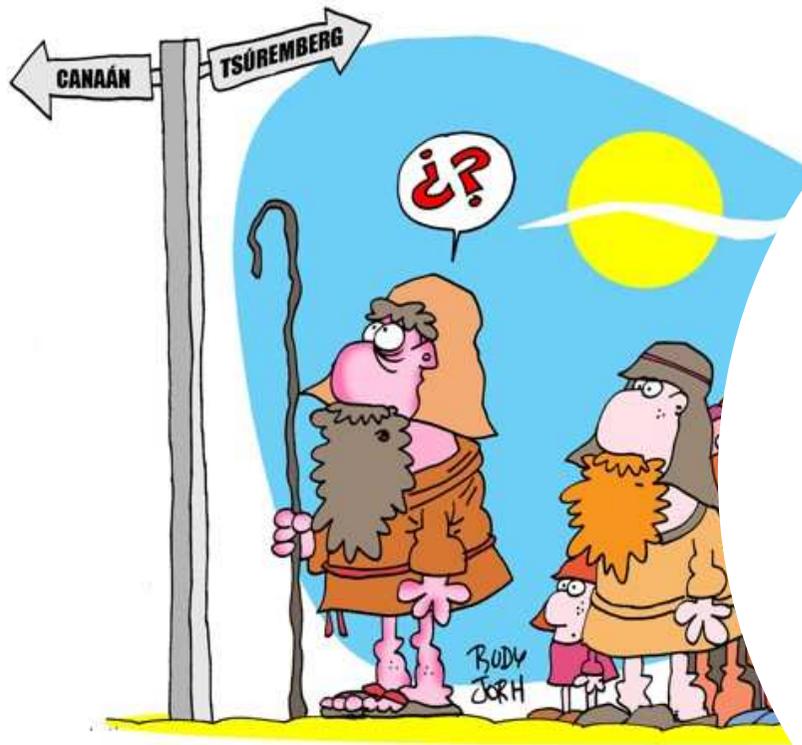
INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBTENIDOS DEL CMBDA



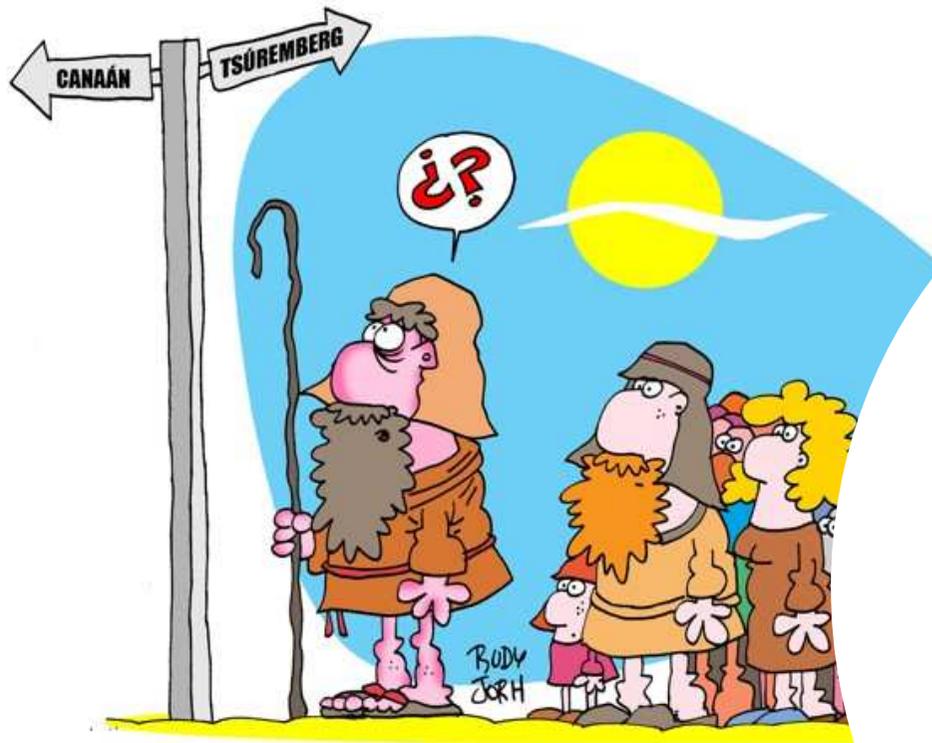
Colaboración activa con el observatorio de seguridad.



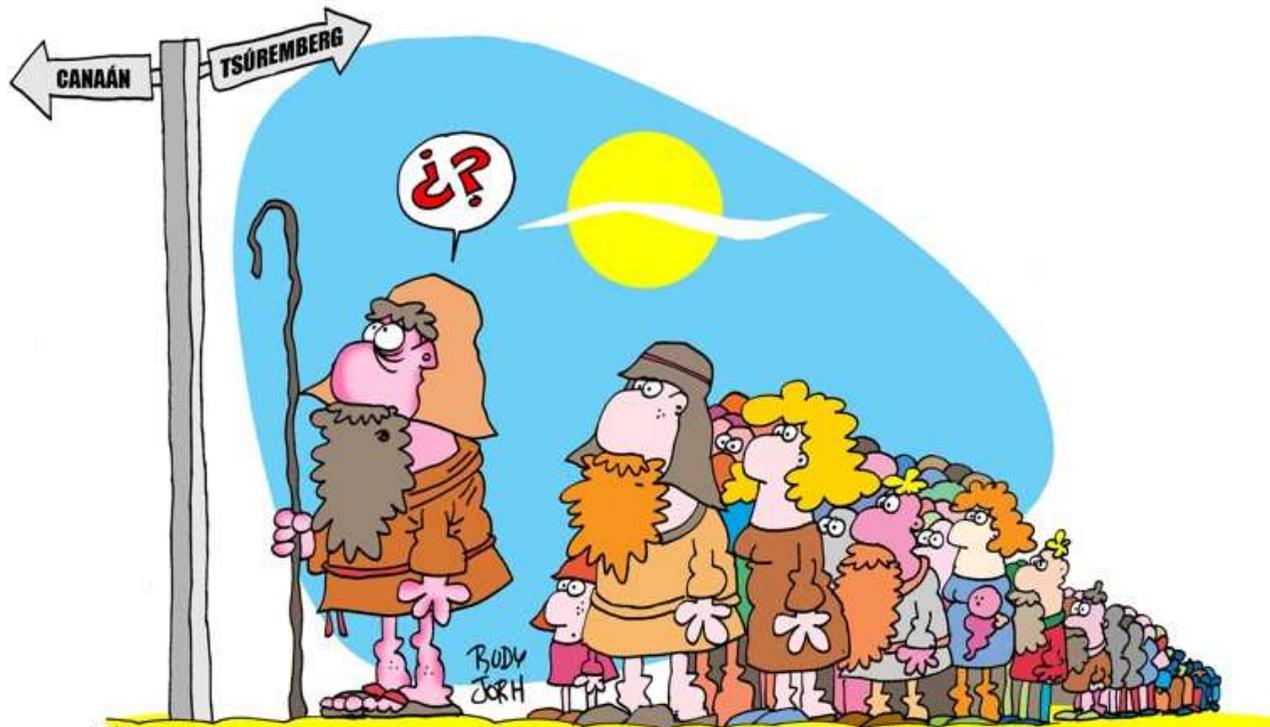
Colaboración activa con el observatorio de seguridad.



Colaboración activa con el observatorio de seguridad.



Colaboración activa con el observatorio de seguridad.



Buscador



• Portada

• Seguridad del Paciente

• Prácticas Seguras

• Ciudadanos

• Notificación de Incidentes

• Grupos de Trabajo

• Recursos

Estás en: Inicio



El **Observatorio para la Seguridad del Paciente** del Sistema Sanitario de Andalucía surge con el fin de poner a disposición de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.) y el procedente de otras organizaciones y sistemas, con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros.

Objetivos

- Difundir entre todos los que toman parte en la mejora de la seguridad: los profesionales sanitarios, los gestores, los pacientes, las personas cuidadoras y el público en general, las mejores recomendaciones para prevenir el daño evitable que puede derivarse de la atención sanitaria. **Ver Más** »
- Aprender de la práctica, reflexionar sobre los distintos aspectos relacionados con la seguridad y aprovechar el conocimiento disponible para minimizar los riesgos. **Ver Más**
- Compartir los trabajos y desarrollos realizados, para contribuir a la mejora del sistema sanitario a nivel local, regional, nacional y global. **Ver Más** »

Novedades

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (Berrador)

OBJETIVO: Garantizar la máxima seguridad, mediante la aplicación de las siguientes medidas:

- Identificación correcta
- Limpieza y desinfección de manos
- Limpieza y desinfección de la zona quirúrgica
- Control de la temperatura del paciente
- Control de la humedad del paciente
- Control de la presión arterial del paciente
- Control de la saturación de oxígeno del paciente
- Control de la frecuencia cardíaca del paciente
- Control de la frecuencia respiratoria del paciente
- Control de la temperatura ambiente
- Control de la humedad ambiente
- Control de la presión arterial ambiente
- Control de la saturación de oxígeno ambiente
- Control de la frecuencia cardíaca ambiente
- Control de la frecuencia respiratoria ambiente

1 → guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión



Estás en: Inicio » Prácticas Seguras

Prácticas Seguras

- [Prevencción de la infección asociada a la atención sanitaria](#)
- [Prácticas seguras en Cirugía y Anestesia](#)
- [Prácticas seguras en el uso de medicamentos](#)
- [Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería](#)
- [Prácticas seguras relacionadas con mejoras en la comunicación](#)



Prácticas Seguras

No deberían ocurrir eventos adversos en ningún lugar de nuestro entorno cuando se dispone de conocimiento para prevenirlos.

Bajo esta premisa, una de las líneas de acción destacada del Observatorio consiste en difundir buenas prácticas en seguridad de pacientes integrando información proveniente de diferentes agencias, instituciones y profesionales, y elaborando alertas propias.

En esta sección, los diferentes contenidos se clasifican en cuatro apartados:

Prácticas seguras en la prevención de la infección nosocomial, de las complicaciones perioperatoria, y de los errores en el uso de la medicación (las tres causas más frecuentes de eventos adversos según el [Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005](#)), y prácticas seguras de ámbito general (identificación de pacientes, comunicación entre profesionales, etc.)

Contenidos destacados

-   [Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras Por Presión](#)
[Leer Más](#)
-   [Presentación de los resultados del Estudio APEAS](#)
Identificación de efectos adversos en Atención primaria [Leer Más](#)

Noticias



Iniciativa High 5s

Desarrollo de protocolos operativos para cinco problemas significativos de seguridad.

Enlace

- [Por favor, háganos llegar sus propuestas](#)

Estás en: [Inicio](#) » [Notificación de Incidentes](#)

Notificación de Incidentes

 [Acceso para profesionales](#)

 [Acceso para ciudadanos](#)



Notificación de Incidentes

Con demasiada frecuencia, las organizaciones fallan en aprender de sus errores. Ni los profesionales sanitarios, ni las organizaciones sanitarias se avisan unos a otros cuando ocurre un contratiempo, no siempre se comparte lo aprendido. Como consecuencia se repiten las mismas equivocaciones y los pacientes continúan sufriendo daños por errores prevenibles. ”

El conocimiento más importante en el campo de la seguridad del paciente radica en cómo prevenir el daño durante su asistencia.

El propósito fundamental de un sistema de notificación es aprender de la experiencia.

Aunque cada incidente de seguridad o evento adverso es único, existen similitudes y patrones de riesgo que pueden perderse si los incidentes no se registran y analizan.

Un Sistema de Notificación hace referencia a los procesos y la tecnología implicada en la estandarización, formato, comunicación, retroalimentación, análisis, aprendizaje, respuesta y difusión del aprendizaje generado por el registro de eventos.

Es la acción que se adopta tras el registro, la respuesta constructiva, y no el registro en sí lo que provoca los cambios y aporta valor.

De acuerdo con la Estrategia para la Seguridad del Paciente, el sistema de notificación, alojado en el Observatorio, estará dirigido a la mejora de la seguridad del paciente, abarcando todos los niveles y áreas de prestación, con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto para el paciente y las personas cuidadoras.

Documentos

 **Informe sobre la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente**

 **WHO Draft Guidelines For Adverse Event Reporting and Learning Systems**

[Ver Más](#)



Análisis del Campo de Fuerzas

Fuerzas Impulsoras

SITUACIÓN ACTUAL

Fuerzas Restrictivas

SITUACIÓN DESEADA





“La mejor forma de ser generosos con el futuro
es dárselo todo al presente”

Albert Camus





Segunda Etapa

2008





- 1 .- Continuar con la formación en seguridad de los profesionales del centro.
- 2 .- Difusión de las buenas prácticas (prácticas seguras) implantadas dentro y fuera del centro.
- 3.- Desarrollo e impulso de los grupos de trabajo actuales y futuros
- 4.- Crear el sistema de notificación de eventos adversos mas idóneo y natural a nuestra forma de trabajar, orientados a mejorar :

- .- El centro en general,
- .- Las áreas específicas
- .- Los propios servicios.





5.- Crear una **estructura informática** que soporte todos los documentos creados en el ámbito de la seguridad clínica que permita **recoger y ordenar** toda la producción científica y protocolos actuales del centro para hacerlos **accesibles** ante las necesidades de los profesionales. (E-learning)

6.- Creación de **indicadores** que nos permitan medir y valorar los resultados en el ámbito de la salud de las modificaciones llevadas a cabo para mejorar la seguridad (feedback)





7.- Tender ayuda al desarrollo de los objetivos en seguridad propios de cada servicio

- .- Apoyo a los referentes de áreas y servicios.(herramienta imprescindible)
- .- Mapa de riesgos.
- .- Metodología Análisis causa raíz frente a eventos centinelas
- .- Metodología AMFE ante los procedimientos y protocolos de actuación habituales
- .- Notificación de eventos adversos (con intención de mejorar)





8.- Desarrollar nuestra propia producción científica y difundir nuestros resultados e ideas

9.- Comenzar a crear nuestra

“ carta de garantías”.





10.- Ser capaz de Sentir:





10.- Ser capaz de Sentir :

- .- la sensación cotidiana de eficacia
- .- La sensación cotidiana de eficiencia
- .- Necesidad de pertenencia
- .- la necesidad de reconocimiento
- .- y de recibir recompensa (apoyo)

.- la sensación propia de progreso y trayectoria personal

.- la sensación de haber contribuido a crear algo singular





¡¡¡ Ayudadnos a sentir que todo esto además de singular
podemos entre todos llegar a hacerlo real !!!!





Tercera Etapa

2009-2010



Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo)

Estrategia para la seguridad de pacientes

4 líneas de desarrollo:

- Identificación correcta de pacientes
- Higiene de manos (“ Manos limpias son manos seguras “)
- Bacteriemia ZERO
- Listado de verificación quirúrgica (Check-list)



Comunidad Autónoma Andaluza

Estrategia para la seguridad de pacientes

- Diciembre 2008

Comité ejecutivo

- Marzo 2009

Comité operativo





Un encargo:

Desarrollar **13**
líneas estratégicas





1. Nivel de desarrollo en los centros de la política de seguridad del paciente en el SSFA.

- “ Bancos de proyectos de seguridad “.

2. Apoyo al conocimiento y formación en seguridad del paciente de las comisiones de calidad - Seguridad de pacientes.

- Tutorización de las comisiones
- Identificación de centros con comisiones funcionantes.

3. Creación de nodos de referencia o centros mentores de buenas practicas en seguridad de pacientes

- “ Centros mentores de buenas practicas “





4. Identificación inequívoca de pacientes.
5. Mejorar la seguridad quirúrgica de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas.
6. Mejora de la higiene de manos.
7. Bacteriemia Zero.
8. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas.
9. *Potenciación del uso seguro del medicamento.*
10. Potenciación del uso seguro de medicación del paciente en la comunidad.
11. Análisis y evaluación de los puntos críticos de riesgo en la atención urgente y emergente en el ámbito extrahospitalario.
12. Seguridad en la interfase A. Hospitalaria – A. Primaria.
13. *Estrategia de seguridad en hemovigilancia.*





Plan de Seguridad Clínica 2009 2010

Provincia bética

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

Dr. Jaime Bachiller Burgos
Responsable provincial en Seguridad de pacientes
Provincia Bética.
Orden Hospitalaria San Juan de Dios.



1.- FORMACIÓN
1.1 Definir Contenidos (Habilidades)
1.1.1 Definir tres grados de formación
Básico
Avanzado
Excelente
1.1.2 Definir Niveles de actuación
Nivel 1: Personal operativo sin relación directa con el paciente
Nivel 2: Personal operativo con relación directa con el paciente
Nivel 3: Personal de gestión (Cargos intermedios y coordinadores)
Nivel 4: Cargos Directivos (Comité de Dirección)
1.2 Planificación 2009-2010
1.2.1 Definición de necesidades
1.2.2 Cronograma de actuación
1.2.3 Evaluación
2.- ESTRUCTURA
2.1 Identificación de responsable de seguridad del Centro
2.2 Creación o relanzamiento de la Comisión de Seguridad
2.3 Elaboración del estatuto de la comisión
2.4 Elaboración de las actas de las reuniones de la comisión.
2.5 Identificación de Responsables de líneas estrategicas
2.6 Identificación de referentes de áreas y servicios (médicos y enfermería).
3. TAREAS
3.1 Identificar en mapa las líneas básicas a desarrollar en 2009
3.2 Desarrollar y acreditar alguna línea en las áreas :
3.2.1 Seguridad del medicamento
3.2.2 Paciente quirúrgico
3.2.3 Hospitalización
4. EVALUACIÓN
4.1 Definir un modelo de evaluación (J. Saturno)





1.- FORMACIÓN

1.1 Definir Contenidos (Habilidades)

1.1.1 Definir tres grados de formación

Básico

Avanzado

Excelente

1.1.2 Definir Niveles de actuación

Nivel 1: Personal operativo sin relación directa con el paciente

Nivel 2: Personal operativo con relación directa con el paciente

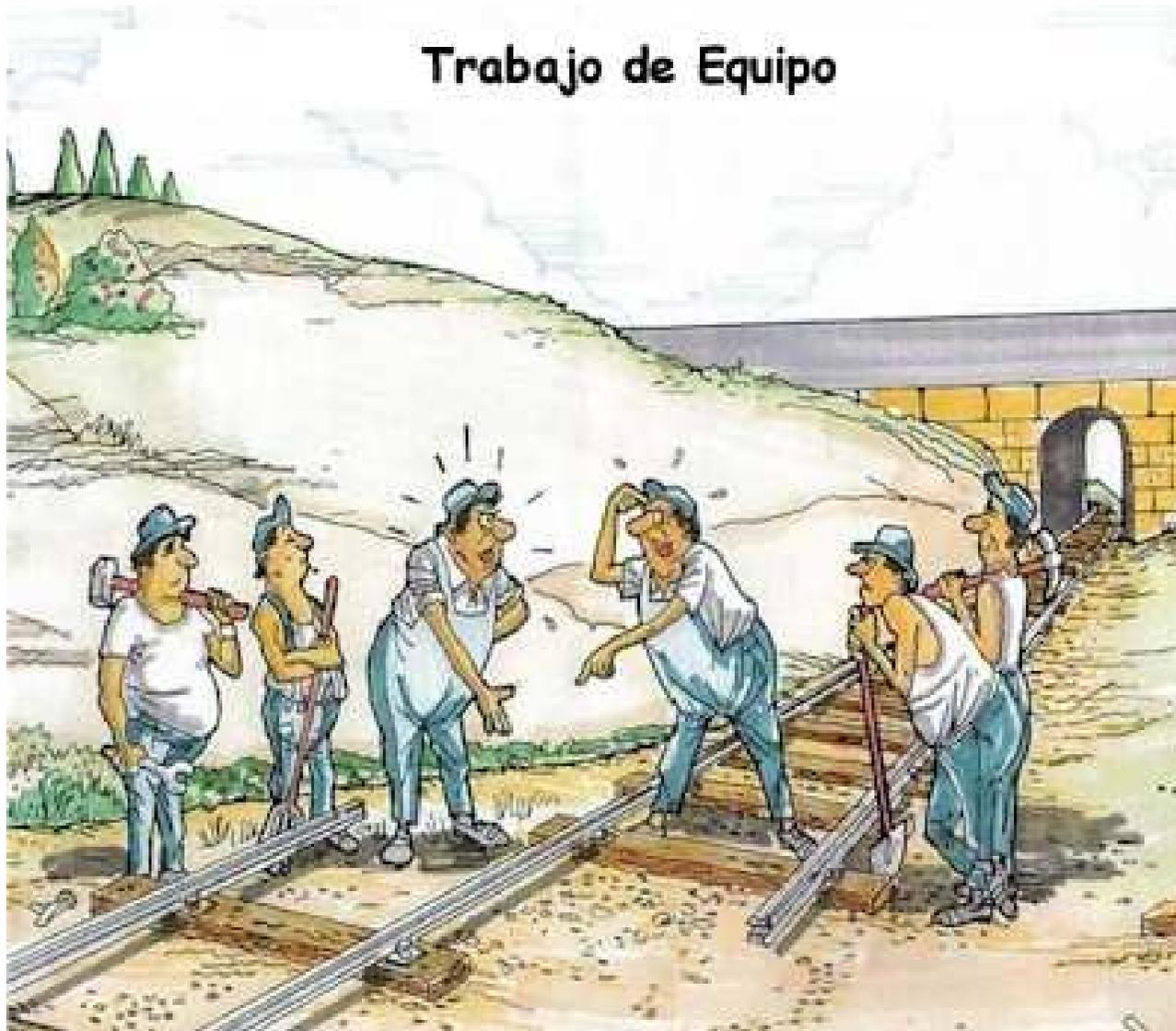
Nivel 3: Personal de gestión (Cargos intermedios y coordinadores)

Nivel 4: Cargos Directivos (Comité de Dirección)





Trabajo de Equipo



1.- Cronograma de implantación
Dimensiones en seguridad
1.2: Formación
1.3: Análisis de situación
1.4: Creación de mapa de riesgo
1.5: Planificación de estrategias
1.6: Desarrollo de la estrategia por parte de grupos de trabajo
1.7: Propuestas de áreas de mejora por parte de grupos de trabajo
1.8: Implementación de áreas de mejora
1.9: Evaluación de resultados
1.10: Retroalimentación de profesionales
2.- Metodología común
2.1: Taxonomía Común
2.2: Mapa de riesgo
2.3: Análisis Causa Raíz (ACR)
2.4: Análisis modal de fallos y efectos (AMFE)
2.5: Vías clínicas
3.- Estructura y sistema de relación
3.1: Comisión de seguridad
3.2: Referentes de seguridad
3.3: Grupos de mejora
3.4: Modelo de relación

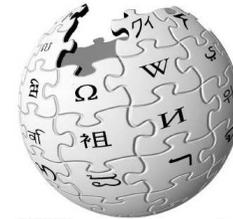
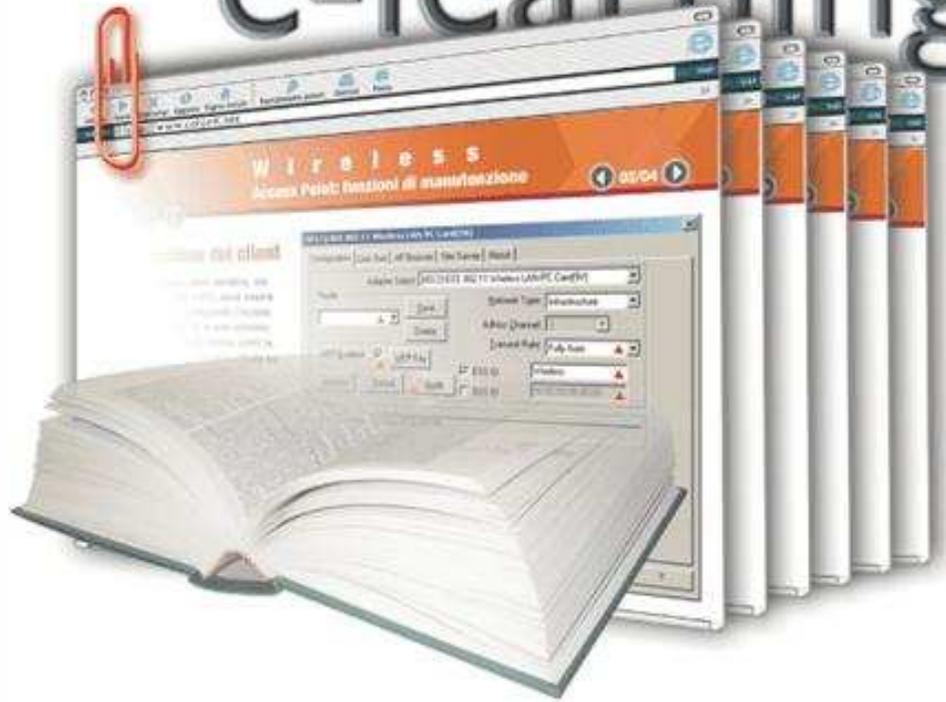




4.- Sistemas de registro y notificación
4.1: Intra-hospitalario
4.2: Extra-hospitalario
5.- Protocolos de actuación ante eventos adversos
5.1: ¿Quién define la actuación?
5.2: Actuación puntual
5.2: Situaciones que ocasionan la puesta en marcha de un Análisis Causa Raíz
5.3: Situaciones que ocasionan la puesta en marcha de un AMFE
6.- Continuidad asistencial
6.1: Comisiones interniveles en seguridad de pacientes
6.2: Blindaje de procesos asistenciales integrados
7.- Figura del paciente y cuidador principal
7.1: Explorar expectativas
7.2: Evaluador externo de nuestro grado de seguridad
7.3: Grupos de participación ciudadana
7.4: Medidas para que participen de forma activa en su propia seguridad
8.- Indicadores
8.1: La importancia de medir resultados en términos de Salud.
8.2: Indicadores en seguridad de pacientes.

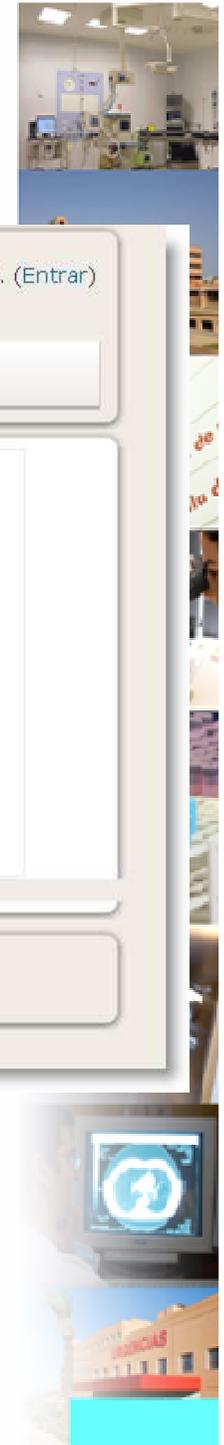


e-learning



WIKIPEDIA





Formación del Hospital del Aljarafe

Usted no se ha autenticado. ([Entrar](#))

[Portada](#) ▶ [Entrar al sitio](#)

Usuarios registrados

Entre aquí usando su nombre de usuario y contraseña
(Las 'Cookies' deben estar habilitadas en su navegador)

Nombre de usuario
Contraseña

¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?

Registrarse como usuario

Información para el acceso

Para acceder a la plataforma de Formación Online, tu **usuario y contraseña** de conexión a la Plataforma de Formación serán los del *Portal del Empleado*.

Si tienes cualquier problema de acceso, ponte en contacto con el Servicio de Informática.

Usted no se ha autenticado. ([Entrar](#))



Formación del Hospital del Aljarafe

Usted se ha autenticado como Bachiller Jaime (Salir)



Utilidades

- Área de Descargas
- Solicitar Curso a Impartir

Guía de la Plataforma Virtual de Formación

Mis cursos

Conociendo el proyecto COMPRUEBA
Profesor: Bachiller Jaime

En este curso tomaras contacto con el Proyecto
Comprueba. **Estrategia para la Seguridad del Paciente
Quirúrgico.**

Buscar cursos: Ir

Todos los cursos

Calendario

diciembre 2009

Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Dom

	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Mensajes

- Aljarafe Formación 3
- Montes Domingo 2
- Martin de la Rosa M^a Ángeles 1

Mensajes...

Novedades

- 23 de nov, 11:28
Aljarafe Formación
Bienvenidos más...
- 5 de ago, 14:46
Aljarafe Formación
Se abre el plazo de
inscripción del curso de
Taxonomía más



Cursos

Usted se ha autenticado como Bachiller Jaime (Salir)

Portada ► Categorías

Categorías

- Prevenición
 - Aprende a Actuar ante una Emergencia  
- Nuevo Trabajador
 - Conoce tu Nuevo Puesto de Trabajo  
- Formación Transversal
- Seguridad Clínica
 - Conociendo el proyecto COMPRUEBA  
- Enfermería
 - Actuación enfermeras/os en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA 
- Miscelánea
 - Curso en Pruebas  
- Libre Configuración
 - Prevención de la Enfermedad Cardiovascular...  
 - Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas en Aparato Digestivo  
 - Gestión Clínica Centrada en el Paciente  
 - Tuberculosis. Diagnóstico y Tratamiento. Atención Integral y Continuidad Asistencial  

Buscar cursos: 

[Solicitar un curso](#)

Usted se ha autenticado como [Bachiller Jaime](#) (Salir)

[Página Principal](#)



Conociendo el proyecto COMPRUEBA

Usted se ha autenticado como Bachiller Jaime (Salir)

Portada ► 01compr0609

Cambiar rol a...

Diagrama de temas

Información general

- Programa del curso
- Glosario
- Novedades

Áreas de comunicaciones

- Foro general
- Chat

Área de evaluación

- Examen Final
- Encuesta satisfacción

- Tema 1: Presentación del proyecto
 - Examen tema 1
 - Foro del tema1
 - Subida avanzada de archivos
 - Video de la serie Urgencias

Administración

- Activar edición
- Configuración
- Asignar roles
- Calificaciones
- Grupos
- Copia de seguridad
- Restaurar
- Importar
- Reiniciar
- Informes
- Preguntas
- Archivos
- Desmatricular en 01compr0609
- Perfil

Moodle Docs para esta página

Usted se ha autenticado como Bachiller Jaime (Salir)



Conociendo el proyecto COMPRUEBA

Usted se ha autenticado como Bachiller Jaime (Salir)

Portada ▶ 01compr0609 ▶ SCORMs ▶ Tema 1: Presentación del proyecto

Salir de la actividad

Actualizar SCORM

Anterior

Continuar

Modo Revisión

Proyecto COMPRUEBA

- Proyecto COMPRUEBA
 - Introduciendote en el tema
 - Justificando el proyecto**
 - Lanzando el Check-list
 - Incorporando a los Profesionales
 - Haciendo partícipes a los pacientes
 - Cuál es nuestro Objetivo?
 - Dónde se implementará ?
 - Siete líneas a desarrollar
 - La primera reunión presencial
 - Check-list Quirófanos Cirugía Mayor
 - Qué tenemos pensado hacer?
 - Formando el grupo de trabajo
 - Qué esperamos del grupo?
 - Qué intentaremos hacer en el 2009
 - Check-list Quirófanos Hospital de Día
 - Qué esperamos conseguir?
 - Pilotando en seis centros
 - Quién va a componer el grupo?
 - Qué va a trabajar el grupo?
 - Nuestro calendario para el 2009
 - Evaluando tus conocimientos

(Puntuación: 100)



Justificando el proyecto



Concepto básico

Comprobar que el paciente incumple alguno de los requerimientos considerados como indispensable para ser intervenido, si se identifica justo en la mesa de quirófano tiene un mayor impacto que si hubiese sido identificado a su ingreso en la planta de hospitalización o por el mismo paciente antes de acudir al centro.

Pensamos que para minimizar los posibles riesgos que puede sufrir una paciente que requiere un tratamiento quirúrgico, debemos de plantearnos la realización de acciones preventivas (barreras) en cada una de las etapas por donde el paciente pasa durante su proceso de atención.

El proyecto COMPRUEBA intenta favorecer el uso de diferentes herramientas por parte tanto del paciente y su cuidador como por parte de los diferentes profesionales sanitarios que interactúan con el paciente



Conociendo el proyecto COMPRUEBA

Usted se ha autenticado como Bachiller Jaime (Salir)

Portada ▶ 01compr0609 ▶ SCORMs ▶ Tema 1: Presentación del proyecto

Salir de la actividad

Actualizar SCORM

Anterior

Continuar

Modo Revisión

Proyecto COMPRUEBA

- Proyecto COMPRUEBA
 - Introduciendote en el tema
 - Justificando el proyecto
 - Lanzando el Check-list
 - Incorporando a los Profesionales
 - Haciendo partícipes a los pacientes
 - Cuál es nuestro Objetivo?
 - Dónde se implementará ?
 - Siete líneas a desarrollar
 - La primera reunión presencial
 - Check-list Quirófanos Cirugía Mayor
 - Qué tenemos pensado hacer?**
 - Formando el grupo de trabajo
 - Qué esperamos del grupo?
 - Que intentaremos hacer en el 2009
 - Check-list Quirófanos Hospital de Día
 - Qué esperamos conseguir?
 - Pilotando en seis centros
 - Quién va a componer el grupo?
 - Qué va a trabajar el grupo?
 - Nuestro calendario para el 2009
 - Evaluando tus conocimientos

(Puntuación: 100)



Check-list hospital

Qué tenemos pensado hacer?

.- **Crear** la estrategia que permita la **implementación real** del listado de verificación quirúrgica en los centros hospitalarios, respetando la **autonomía** de cada uno de ellos, brindándoles un **conjunto de herramientas** que les facilite tal fin y que permita mantener una serie de **elementos comunes** al resto del sistema.

.- **Desarrollar** el proyecto de forma **cooperativa**, donde la experiencia de los diferentes centros sirva de **orientación** al resto para favorecer de esa forma su implementación real.

.- **Explorar** y **pilotar** la implementación de la estrategia en **varios ámbitos hospitalarios**:

.- Hospitales de gran tamaño

.- Hospitales de mediana tamaño



Conociendo el proyecto COMPRUEBA

Usted se ha autenticado como Bachiller Jaime (Salir)

Portada ▶ 01compr0609 ▶ SCORMs ▶ Tema 1: Presentación del proyecto

Salir de la actividad

Actualizar SCORM

Anterior

Continuar

Modo Revisión

Proyecto COMPRUEBA

- Proyecto COMPRUEBA
 - Introduciendote en el tema
 - Justificando el proyecto
 - Lanzando el Check-list
 - Incorporando a los Profesionales
 - Haciendo partícipes a los pacientes**
 - Cuál es nuestro Objetivo?
 - Dónde se implementará ?
 - Siete líneas a desarrollar
 - La primera reunión presencial
 - Check-list Quirófanos Cirugía Mayor
 - Qué tenemos pensado hacer?
 - Formando el grupo de trabajo
 - Qué esperamos del grupo?
 - Que intentaremos hacer en el 2009
 - Check-list Quirófanos Hospital de Día
 - Qué esperamos conseguir?
 - Pilotando en seis centros
 - Quién va a componer el grupo?
 - Qué va a trabajar el grupo?
 - Nuestro calendario para el 2009
 - Evaluando tus conocimientos

(Puntuación: 100)



Reflexión

Juan, es un paciente pluripatológico que va a ser intervenido de una hernia inguinal. Esta actualmente en tratamiento con anticoagulantes orales. En las indicaciones pre-quirúrgicas le reflejan que debe retirarlos una semana antes de la intervención y comenzar con inyecciones subcutáneas de heparina de bajo peso molecular cada 12 horas . Tres días antes de la intervención su familiar se dio cuenta que Juan estaba manteniendo los anticoagulantes orales sin haberlos retirados a pesar de haber iniciado el tratamiento con la heparina. Por dicha razón llamó al número de contacto que le habían indicado y comentó la situación.

El centro le modificó la cita quirúrgica y pusieron en contacto al familiar con el hematólogo de guardia que dio las indicaciones oportunas .

[Click aquí](#)



Conociendo el proyecto COMPRUEBA

Usted se ha autenticado como Bachiller Jaime (Salir)

Portada ▶ 01compr0609 ▶ SCORMs ▶ Tema 1: Presentación del proyecto

Salir de la actividad

Actualizar SCORM

Anterior

Modo Revisión

Proyecto COMPRUEBA

- Proyecto COMPRUEBA
 - Introduciendote en el tema
 - Justificando el proyecto
 - Lanzando el Check-list
 - Incorporando a los Profesionales
 - Haciendo partícipes a los pacientes
 - Cuál es nuestro Objetivo?
 - Dónde se implementará ?
 - Siete líneas a desarrollar
 - La primera reunión presencial
 - Check-list Quirófanos Cirugía Mayor
 - Qué tenemos pensado hacer?
 - Formando el grupo de trabajo
 - Qué esperamos del grupo?
 - Que intentaremos hacer en el 2009
 - Check-list Quirófanos Hospital de Día
 - Qué esperamos conseguir?
 - Pilotando en seis centros
 - Quién va a componer el grupo?
 - Qué va a trabajar el grupo?
 - Nuestro calendario para el 2009
 - Evaluando tus conocimientos

(Puntuación: 100)



Examen SCORM

Los fundamentos del PROYECTO COMPRUEBA se basan en:

- Centrar únicamente en el check list prequirúrgico todo el esfuerzo preventivo del bloque quirúrgico.
- No incorporar a los profesionales y pacientes a la estrategia de prevención
- Generar una serie de barreras preventivas que permitan mediante la utilización de check-lists por parte de los profesionales y los propios pacientes minimizar la aparición de eventos adversos en el ámbito quirúrgico.

Respuestas propuestas

Evaluando tus conocimientos



2.- ESTRUCTURA

2.1 Identificación de responsable de seguridad del Centro

2.2 Creación o relanzamiento de la Comisión de Seguridad

2.3 Elaboración del estatuto de la comisión

2.4 Elaboración de las actas de las reuniones de la comisión.

2.5 Identificación de Responsables de líneas estratégicas

2.6 Identificación de referentes de áreas y servicios (médicos y enfermería).

- Adecuar un modelo de organización / estructura de seguridad clínica dentro del organigrama del centro.

Microsoft Excel - composición de grupos de trabajo

Grupo	Responsables	Identificación de dispositivos	Identificación de acciones	Definición de procedimientos	Uso seguro Medicamentos
Responsables	Alfonso Palacios (Laboratorio)	Fernando Cruz (Servicio de Urgencias)	Alfonso Palacios (Laboratorio)	Maria Jose Sanchez (Farmacia)	Maria Jose Sanchez (Farmacia)
Compartidos	Alfonso Palacios (Laboratorio)	Fernando Cruz (Servicio de Urgencias)	Alfonso Palacios (Laboratorio)	Maria Jose Sanchez (Farmacia)	Maria Jose Sanchez (Farmacia)

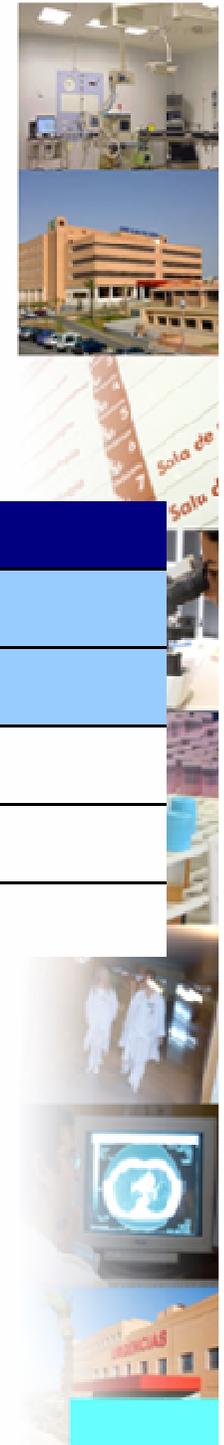
Comisión de seguridad	
Blaiz García Vargas -Machuca	Presidente
Jaimé Bachiller Burgos	Secretario
Fernando Cruz Villalón	Gestoría de Usuarios
Efren Ramos Calero	Subdirección Enfermería
Cinta Montilla López	Laboratorio
Almudena Arroyo	Enfermería Hospitalización
Javier Sánchez Ceballos	Medicina del Trabajo
Maria Jose Garbitto Sánchez	Farmacia
Jose Manuel Infante Hernandez	Digestivo
Pilar Jimenez Delgado	Anestesiología
Francisco Alba Mesa	Cirugía
Francisco de Llanos Peña	Ética
Antonio Fernandez Veloso	Informática
Sonia Gallego Lara	UCI

AREAS		
Hospitalización	Antonio Fernandez Moyano	Confirmado
	Efren	Confirmado
	Fco Javier Vargas Montes	Confirmado
Quirófano	Pilar Jimenez	Confirmado
	Carmen Isoma	Confirmado
	Paco Alba	Confirmado
Urgencias / Observación	Jose Luis Garcia Garmendia	Confirmado
Cuidados críticos	Maleni	Confirmado
Radiología / Laboratorio	Cinta Montilla	Confirmado
	Javier Ramos	Confirmado
Consultas ext/Rehabilitación	Juan Prieto	Confirmado
	Vanesa Trigueros	Confirmado
Farmacia	Maria Jose Garbitto	Confirmado
Informática	Antonio Fernandez Veloso	Confirmado
Unidad de gestión quirúrgica	Fernando Cruz	Confirmado

Referentes de seguridad clínica		
	Medicos	
Traumatología	Carlos Molano Bernardino	Confirmado
Ginecología	Maria Jesus de Bustos	Confirmado
Cirugía	Paco Alba Mesa	Confirmado
Urología	Salvador Salazar Otero	Confirmado
Otorrino	Jaimé Ruiz	Confirmado
Oftalmología	Francisco Javier Hernandez Martinez	Confirmado
Medicina	Maria Alvarez Alcina	Confirmado
	Nacho Vallejo	Confirmado
	Javier Fernandez Rivera	Confirmado
Digestivo	Francisco Jose Garcia Fernandez	Confirmado
	Jose Manuel Infantes	Confirmado
Neumología	Beatriz Romero Romero	Confirmado
	Conso Rodriguez Matute	Confirmado
Cardiología	Mariano Ruiz Borrel	Confirmado
Radiología	Javier Ramos	Confirmado
Laboratorio	Cinta Montilla	Confirmado
	Irene Jara	Confirmado
Farmacia	Susana Corral	Confirmado
Informática	Raquel Martin	Confirmado
Pediatría	Inma Nieto	Confirmado
UCI	Sonia Gallego	Confirmado
Urgencias	Manuel Perez Galisteo	Confirmado
Gestoría usuario	Juan Fajardo	Confirmado
Mantenimiento	Eduardo Fernandez Toscano	Confirmado
Consultas	Cesar Palmero	Confirmado
Rehabilitación	Juan Prieto	Confirmado
Anestesia	Alicia Aleman	Confirmado
Almacén	Juan Fortuny	Confirmado
Documentación clínica	Antonio Moro	Confirmado
Electromedicina	Eva Almagro	Confirmado
Limpieza	Mª Luz Cortes	Confirmado
Calidad	Victoria Ruiz	Confirmado
Medicina del Trabajo	Javier Sanchez Caballo	Confirmado

Referentes de seguridad clínica		
	Enfermería	
Hospitalización 1ª Par	Inmaculada Turanza Perez	Confirmado
Hospitalización 1ª Impar		
Hospitalización 2ª Par	Maripaz Borrero Esteban	Confirmado
Hospitalización 2ª Impar	Maria Jose Perez Ruiz	Confirmado
Hospitalización 3ª Par	Concepcion Hurtado Pedrosa	Confirmado
Hospitalización 3ª Impar		
Hospitalización 4ª Par	Fco Javier Vargas Montes	Confirmado
Hospitalización 4ª Impar		
UCI	Abel Ortega Cotano	Confirmado
Urgencias	Pilar Rodriguez Lara	Confirmado
Hospital de Día	Maria Jose Orillana Perea	Confirmado
Consultas externas	Vanesa Trigueros Ayala	Confirmado
Quirófano	Maria Maestro	Confirmado
Laboratorio	Jesus Palma Mora	Confirmado
Radiología	Beatriz Rueda Camino	Confirmado
Rehabilitación	Mariano Barrera	Confirmado
Urpa	Yolanda Cira Rojo	Confirmado





3. TAREAS

3.1 Identificar en mapa las líneas básicas a desarrollar en 2009

3.2 Desarrollar y acreditar alguna línea en las áreas :

3.2.1 Seguridad del medicamento

3.2.2 Paciente quirúrgico

3.2.3 Hospitalización



1. Procesos estratégicos

- 1 • [Comisiones en las que se aborda la seguridad del paciente](#)
- 5 • [Plan de formación](#)
- 6 • [Investigación en Seguridad del Paciente](#)

2. Procesos de soporte

- 7 • [Implicación del paciente y persona cuidadora](#)
- 9 • [Sistema de notificación de incidentes de seguridad](#)

3. Procesos operativos

- 12 • [Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA](#)
- 16 • [Uso seguro de la medicación](#)
- 17 • [Prevenir la infección asociada a la atención sanitaria](#)
- 18 • [Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados](#)
- 19 • [Prácticas seguras en cirugía](#)
- 20 • [Prevención de caídas](#)
- 21 • [Prevención de úlceras por presión](#)
- 24 • [Asegurar la continuidad asistencial](#)

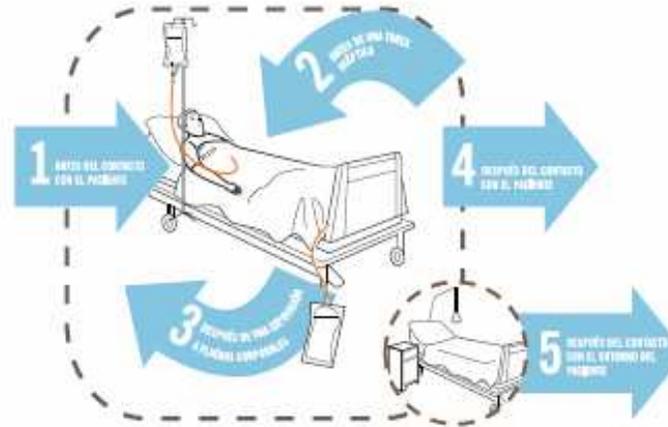
4. Innovación en Seguridad

- Inn • [Proyectos innovadores en Seguridad del Paciente](#)





LOS 5 MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS



1 ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE

CUÁNDO Realizar la higiene de las manos antes de tocar al paciente, cuando nos aproximamos a él o ella.
EJEMPLOS Al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico.

2 ANTES DE UNA TAREA ASÉPTICA

CUÁNDO Realizar la higiene de las manos inmediatamente antes de cualquier tarea aséptica.
EJEMPLOS Cuidado oral/dental, aspiración de secreciones, curas, inserción de catéteres, preparación de alimento o de medicación.

3 DESPUÉS DE UNA EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES

CUÁNDO Inmediatamente después de una posible exposición a fluidos corporales (y después de quitarse las guantes).
EJEMPLOS Cuidado oral/dental, aplicación de secreciones, extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos.

4 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE

CUÁNDO Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente, o su entorno inmediato, cuando nos alejamos de él o ella.
EJEMPLOS Al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico.

5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE

CUÁNDO Después de tocar cualquier objeto o mobiliario en el entorno inmediato del paciente, al alejarnos (incluido si no se ha tocado al paciente).
EJEMPLOS Cambiar la ropa de la cama, ajustar la velocidad de perfusión.

Adaptada de WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Organización Mundial de la Salud)





BACTERIEMIAZERO



1. Higiene de manos adecuada

2. Desinfección de la piel con clorhexidina

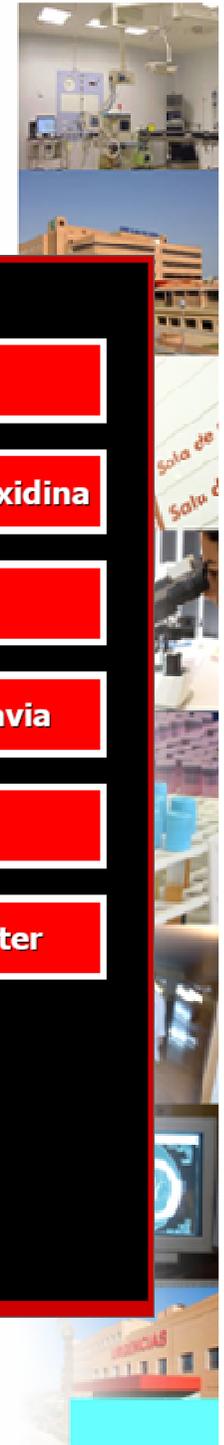
3. Máximas barreras de protección

4. Preferencia de localización subclavia

5. Retirada de CVC no necesarios

6. Mantenimiento higiénico del catéter

Bacteriemia zero





PRACTICASSEGURAS
EN CIRUGIA

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

NUHA / Nº DE HISTORIA: _____

PROCEDIMIENTO: _____

NOMBRE DEL CENTRO: _____

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

EL PACIENTE HA CONFIRMADO:

- SU IDENTIDAD
- LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA
- DIAGNÓSTICO / PROCEDIMIENTO
- CONSENTIMIENTO INFORMADO

MARCA EN EL LUGAR DEL CUERPO / NO PROCEDE.

VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA ANESTESIA.

PULSIOXÍMETRO EN EL PACIENTE EN FUNCIONAMIENTO.

¿TIENE EL PACIENTE?

¿ALERGIAS CONOCIDAS?

NO SÍ

¿DIFICULTAD EN LA VÍA AÉREA / RIESGO DE ASPIRACIÓN?

NO SÍ, Y EL EQUIPO Y LA ASISTENCIA ESTÁN DISPONIBLES.

¿RIESGO DE PÉRDIDA DE SANGRE >500ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?

NO SÍ, Y DISPONE DE UNA VÍA DE ACCESO IV ADECUADA / FLUIDOS NECESARIOS.

ANTES DE LA INCISIÓN DE LA PIEL

PAUSA

CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAN IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN

CIRUJANO/A, ANESTESISTA Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE:

- LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
- EL LUGAR DEL CUERPO
- OPERACIÓN

ANTICIPACIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

EL CIRUJANO/A REPASA: ¿CUÁLES SON LOS PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN, LA PÉRDIDA DE SANGRE ESPERADA?

EL/LA ANESTESISTA REPASA: ¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACIÓN?

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SÍ

NO PROCEDE

¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

SÍ

NO PROCEDE

ANTES DE QUE EL PACIENTE ABANDONE EL QUIRÓFANO

SALIDA

LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUE SE REGISTRA.

CONTAJE DE GASAS, AGUJAS E INSTRUMENTAL CORRECTO.

IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS (INCLUYENDO NOMBRE DEL PACIENTE) Y GESTIÓN DE LAS MISMAS.

SI EXISTE ALGÚN PROBLEMA QUE ABORDAR EN RELACIÓN CON EL MATERIAL O LOS EQUIPOS.

CIRUJANO/A, ANESTESISTA Y ENFERMERA REVISAN Y REGISTRAN EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS PREOCUPACIONES CLAVES EN LA RECUPERACIÓN Y ATENCIÓN DEL PACIENTE

¿SE HA INICIADO PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA?

SÍ

NO PROCEDE





Identificación de pacientes



Líneas estratégicas Ministerio / Consejería

Check - list	Alicia Alemán	
Higiene de manos	Sebastián Expósito	
Bacteriemia Zero	Sonia Gallego	
Identificación de pacientes	Antonio de Toro	



Líneas estratégicas del centro

Dolor postoperatorio	Pilar Jiménez		
Identificación correcta de muestras	Cinta Montilla		
Uso seguro del medicamento	Mj. Garabito	Susana Corral	Antonio F. Veloso
Hemovigilancia	Irene Jara		





1.2 Planificación 2009-2010

1.2.1 Definición de necesidades

1.2.2 Cronograma de actuación

1.2.3 Evaluación





1. Procesos estratégicos

- 1 • [Comisiones en las que se aborda la seguridad del paciente](#)
- 5 • [Plan de formación](#)
- 6 • [Investigación en Seguridad del Paciente](#)

2. Procesos de soporte

- 7 • [Implicación del paciente y persona cuidadora](#)
- 9 • [Sistema de notificación de incidentes de seguridad](#)

3. Procesos operativos

- 12 • [Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA](#)
- 16 • [Uso seguro de la medicación](#)
- 17 • [Prevenir la infección asociada a la atención sanitaria](#)
- 18 • [Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados](#)
- 19 • [Prácticas seguras en cirugía](#)
- 20 • [Prevención de caídas](#)
- 21 • [Prevención de úlceras por presión](#)
- 24 • [Asegurar la continuidad asistencial](#)

4. Innovación en Seguridad

- Inn • [Proyectos innovadores en Seguridad del Paciente](#)



Líneas estratégicas específicas por áreas (ejemplo)

Bloque quirúrgico	Checklist prequirúrgico	Listado verificación indicación preanestesia	Dolor postoperatorio
Hospitalización	Higiene de manos	P. Comparte	P Pluripatológico Quirúrgico
Farmacia	Uso racional	Conciliación farmacológica	
Enfermería	Caídas	Ulceras por presión	
Radiología	Identificación de pacientes	Información /Preparaciones	
Laboratorio	Identificación correcta de muestras	Hemovigilancia	
Uci	Bacteriemia Zero	Plan integral	
Urgencias Observación			
Hospital de día			
Consultas	Identificación de pacientes	Higiene de manos	Checklist Q. ext



3 modelos de abordaje diferentes:

.- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos



3 modelos de abordaje diferentes:

.- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

.- Centros con perfil residencial

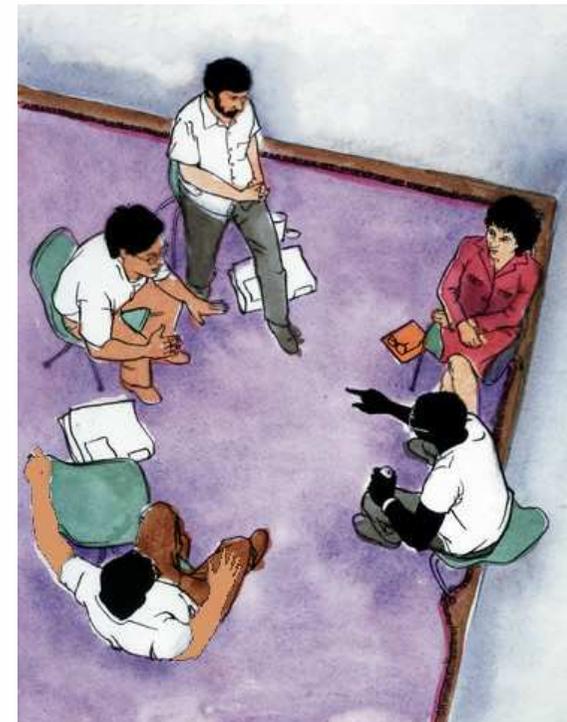


3 modelos de abordaje diferentes:

.- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

.- Centros con perfil residencial

.- Centros de atención al paciente de salud mental



3 modelos de abordaje diferentes:

.- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

.- Centros con perfil residencial

**.- Centros de atención al paciente
de salud mental**



3 modelos de abordaje diferentes:

.- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

.- Centros con perfil residencial

.- Centros de atención al paciente de salud mental



3 modelos de abordaje diferentes:

- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

- Centros con perfil residencial

- Centros de atención al paciente de salud mental



3 modelos de abordaje diferentes:

- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

- Centros con perfil residencial

- Centros de atención al paciente de salud mental

 <p>MANOSseguras</p>		 <p>PRÓXIMAMENTE PRÁCTICASseguras EN CIRUGÍA</p>	 <p>BACTERIEMIAzero</p>
 <p>MANOSseguras</p>			
 <p>MANOSseguras</p>			





1. Procesos estratégicos

- 1 • [Comisiones en las que se aborda la seguridad del paciente](#)
- 5 • [Plan de formación](#)
- 6 • [Investigación en Seguridad del Paciente](#)

2. Procesos de soporte

- 7 • [Implicación del paciente y persona cuidadora](#)
- 9 • [Sistema de notificación de incidentes de seguridad](#)

3. Procesos operativos

- 12 • [Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA](#)
- 16 • [Uso seguro de la medicación](#)
- 17 • [Prevenir la infección asociada a la atención sanitaria](#)
- 18 • [Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados](#)
- 19 • [Prácticas seguras en cirugía](#)
- 20 • [Prevención de caídas](#)
- 21 • [Prevención de úlceras por presión](#)
- 24 • [Asegurar la continuidad asistencial](#)

4. Innovación en Seguridad

- Inn • [Proyectos innovadores en Seguridad del Paciente](#)



3 modelos de abordaje diferentes:

- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

- Centros con perfil residencial

- Centros de atención al paciente de salud mental

 <p>MANOSseguras</p>		 <p>PRÓXIMAMENTE PRÁCTICASseguras EN CIRUGÍA</p>	 <p>BACTERIEMIAzero</p>
 <p>MANOSseguras</p>			
 <p>MANOSseguras</p>			



3 modelos de abordaje diferentes:

- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

- Centros con perfil residencial

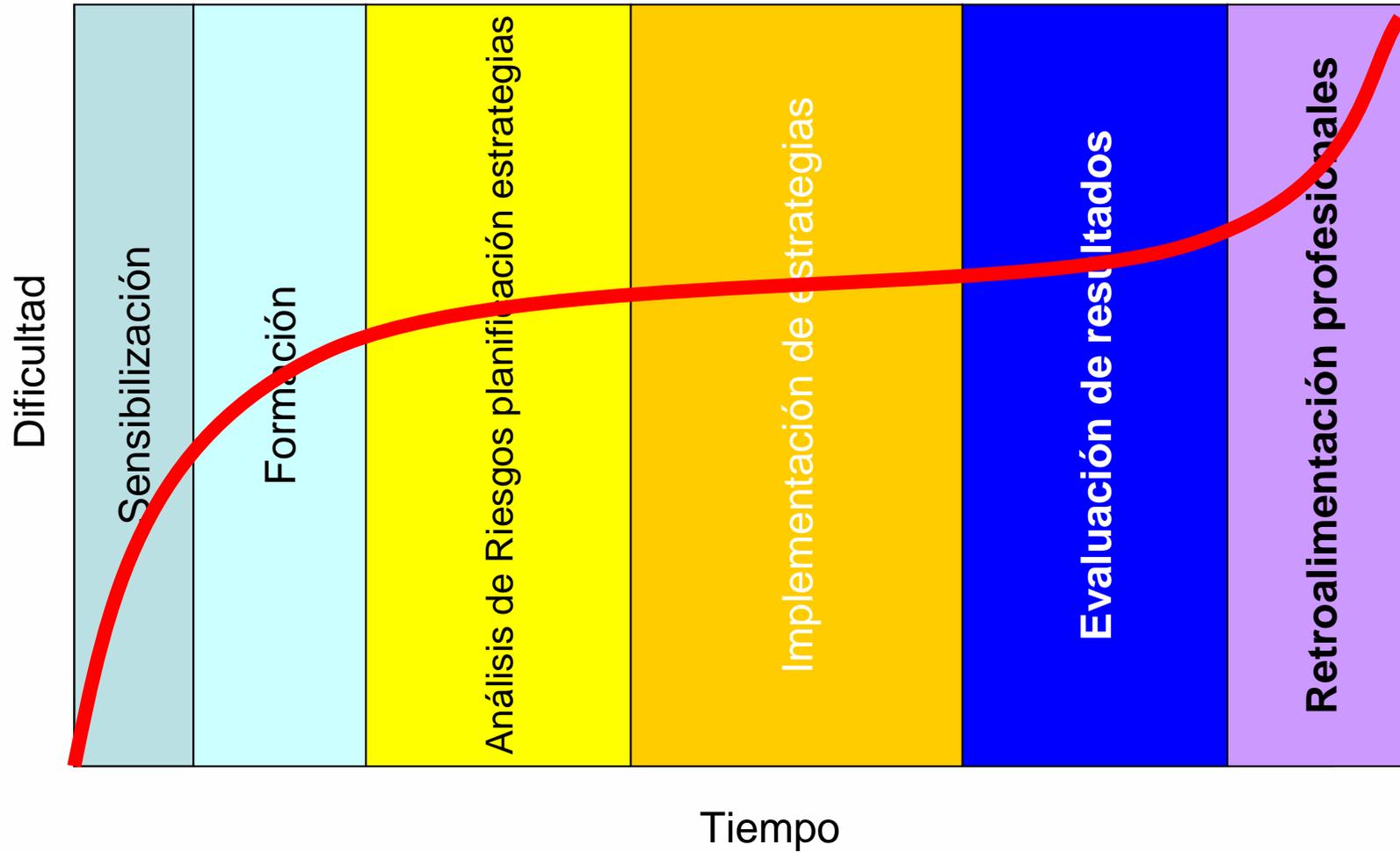
- Centros de atención al paciente de salud mental

 <p>MANOSseguras</p>		 <p>PRÓXIMAMENTE PRÁCTICASseguras EN CIRUGÍA</p>	 <p>BACTERIEMIAzero</p>
 <p>MANOSseguras</p>			
 <p>MANOSseguras</p>			





Fases deseable en la implementación de estrategias de seguridad



Cronograma (previsión):

	Mayo 2009	Junio 2009	Julio 2009	Agost 2009	Sept 2009	Oct 2009	Nov 2009	Dic 2009	Ene 2010	Feb 2010	Marz 2010	Abril 2010
Visita a centros	■	■	■									
Identificación secretario comisión.	■											
Constitución comisión	■	■										
Identificación de áreas y referentes	■	■										
Identificación lideres estrategias	■	■										
Reunión comité operativo			■				■				■	
Preparación temario formación	■	■	■	■	■	■	■					
Consolidación moodel	■	■	■	■	■							
Diseño implementación estrategias		■	■	■								
Sensibilización / formación					■	■	■	■	■	■	■	■
Implementación estrategia					■	■	■	■	■	■	■	
Finalización estrategias												■



3 modelos de abordaje diferentes:

- Hospitales con perfil médico-quirúrgicos

- Centros con perfil residencial

- Centros de atención al paciente de salud mental

 <p>MANOSseguras</p>		 <p>PRÓXIMAMENTE PRÁCTICASseguras EN CIRUGÍA</p>	 <p>BACTERIEMIAzero</p>
 <p>MANOSseguras</p>			
 <p>MANOSseguras</p>			



5 de mayo de 2010





4. EVALUACIÓN

4.1 Definir un modelo de evaluación (J. Saturno)

La Estrategia en Seguridad del Paciente del SNS, uno de los objetivos del Plan de Calidad para el SNS del MSC, pretende difundir la cultura de la seguridad de los pacientes, formar a profesionales y pacientes, potenciar la investigación, e implantar prácticas seguras en todos los centros sanitarios del SNS.

Contar con herramientas de medición y evaluación es un elemento clave para conocer la situación de partida y evaluar la efectividad de las actuaciones desarrolladas, pero disponemos de escasas herramientas e indicadores consolidados y validados en relación al proceso, especialmente cuando pretendemos medir la implantación real de las buenas prácticas en Seguridad del Paciente.

La elaboración de indicadores basados en aspectos estructurales y de proceso sobre cuya influencia en la seguridad del paciente haya suficiente evidencia científica, señalarían de forma directa aquellos elementos de estructura y proceso sobre los que habría que intervenir para mejorar. Para ello, se ha tomado como base el documento Safe Practices for Better Health Care, producido por el National Quality Forum de Estados Unidos, para convertir en indicadores las 30 «buenas prácticas» recomendadas en el mismo, diseñar y pilotar las correspondientes herramientas y estrategias de medición, valorar la fiabilidad de los indicadores y elaborar un manual de recomendaciones metodológicas sobre estrategias de medición para uso rutinario.

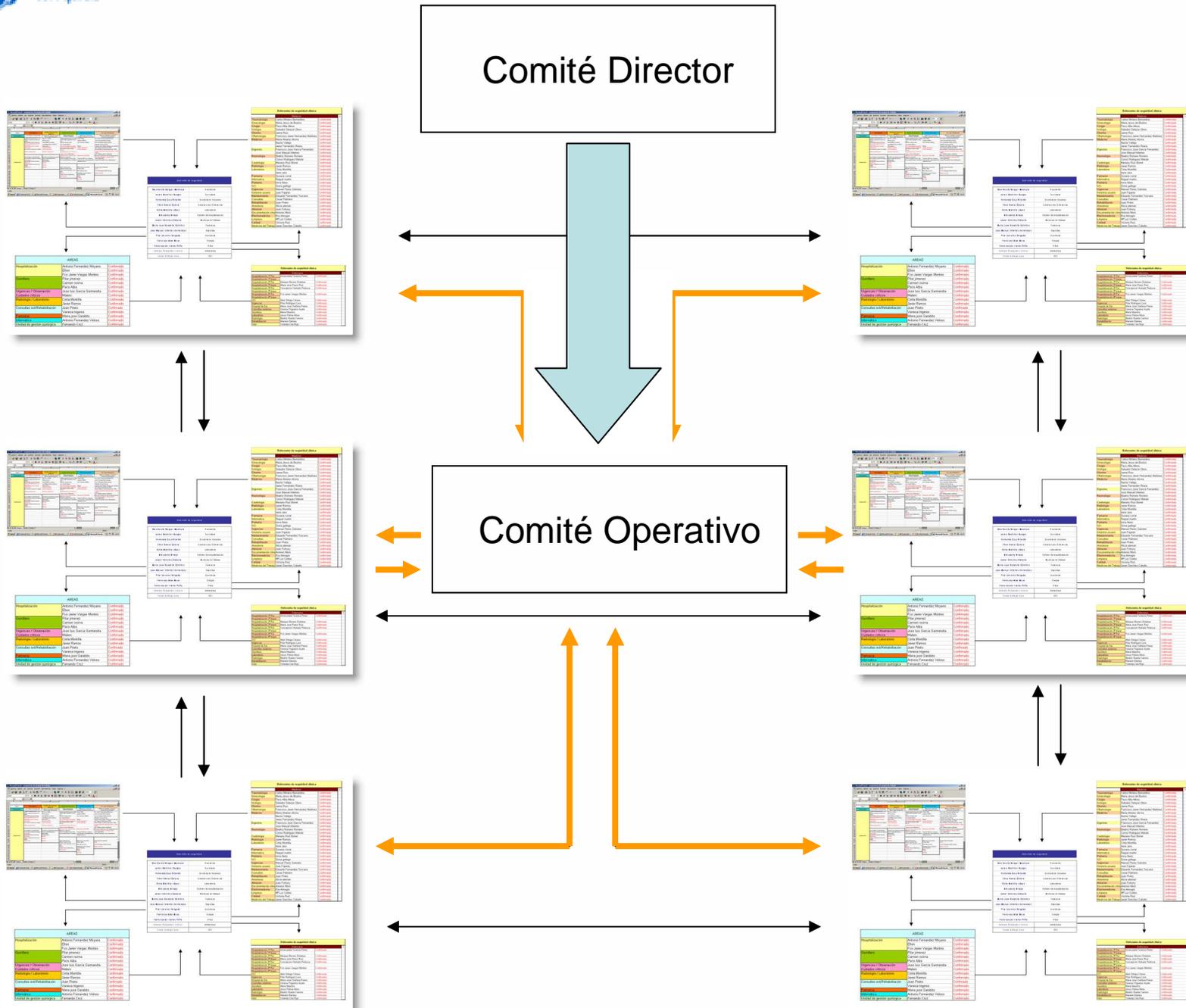
En este documento se presentan los indicadores elaborados y las correspondientes estrategias de medición, así como los resultados de fiabilidad y aplicabilidad de los mismos.

Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente

Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO







Hay solo dos requisitos para el éxito.

Primero, por manos a la obra.

Segundo, sigue con las manos en la obra.

Orison Swett





¡¡ Muchas Gracias !!

jbachiller@sjd.es

